

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS

SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE

LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université de Bamako



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But- Une Foi



FACULTE de MEDECINE de PHARMACIE et d'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMPOS)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

N°

**ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE
DANS LE SERVICE
DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DU CHU DU POINT G
A PROPOS DE 96 CAS (ETUDE CAS-TEMOIN)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/02/2009
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mlle MANEFOUE HORTENSE MYRIANNE

Pour l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT :

Professeur FONGORO Saharé

MEMBRE:

Docteur TRAORE Broulaye

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur MAIGA Bouraïma

CO-DIRECTEUR DE THESE :

Docteur TOURE Samba

DEDICACES

A DIEU : C'est à toi que reviennent la gloire et l'honneur pour tous les bienfaits que tu m'as accordé jusqu'à ce jour. En toi, j'ai mis ma foi et mon espérance et d'un cœur joyeux je chanterai tes louanges. Puisse DIEU tout puissant, donnez à mes yeux la lumière de voir ceux qui ont besoin de soins ; donnez à mon cœur la compassion et la compréhension ; donnez à mes mains l'habilité et la tendresse ; donnez à mes oreilles la patience d'écouter ; donnez à mes lèvres les mots qui réconfortent ; donnez à mon esprit le désir de partager ; me donner le courage d'accomplir ce travail ardu et d'apporter la joie dans la vie de ceux qui souffrent.

A mon feu papa TADONKENG Jean-Marie : Tu as été un modèle pour moi et tes conseils n'ont guidé durant ces années passées loin de tous. La réussite de tes enfants fut une de tes préoccupations et la vie ne t'a pas permis de nous voir terminer nos études. Papa, j'espère que là où tu es, ce travail te comblera de bonheur. Reçois l'amour que je te porte. REPOSE EN PAIX.

A ma maman chérie Veuve TADONKENG MAKOUGUE Victorine : Durant toutes ces années, tu m'as soutenu à travers tes prières, bénédictions et encouragements. Tout le plaisir est pour moi de te présenter ce travail le fruit de tant d'efforts et sacrifices. Que le Seigneur t'accorde santé, longévité afin que nous profitons encore de ta chaleur et de ton amour. Laisse-moi te dire tout simplement Maman, je T'AIME. Sois fière de ta princesse de FOMBAP LEZAP.

A mon chéri FANSI Henri Sorel : Mon chéri, il y a de cela sept ans que nos chemins se sont rencontrés et malgré les difficultés, nous sommes restés soudés. Auprès de toi, j'ai toujours trouvé le

réconfort, la tendresse, l'affection et l'amour qui n'ont jamais fait défaut. C'est grâce à tes conseils, ton aide, ton soutien moral et financier en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Que le Seigneur tout puissant nous aide à former cette famille dont nous avons toujours rêvé et t'accordes santé, succès dans la réalisation de tes projets.

A ma fille chérie FANSI TADONKENG Marie-Charlène : ma petite puce, tu es le plus grand cadeau que le Seigneur m'est offert et saches que tu as apporté assez de joie, gaieté et bonheur dans ma vie. En toi, j'ai puisé force et courage durant les périodes les plus difficiles. Je t'aime et ne l'oublie jamais. Puisse DIEU nous donner à ton papa et moi, de remplir avec bonheur et abnégation notre devoir de parents. Qu'il nous aide dans ton éducation à travers les valeurs de l'amour, la religion, la tolérance, la patience, la persévérance et le respect d'autrui. Qu'il te permette de grandir en sagesse, en intelligence et t'accorde santé et bonheur. J'aurai souhaité t'avoir à mes côtés ce jour.

A ma mère Veuve TADONKENG MAWAMBA Danielle : Tu as consenti tant de sacrifices pour assurer notre éducation. Puisse ce travail qui est aussi le tien, représenter la juste récompense pour tes peines et ta patience. Que le Seigneur t'accorde longue vie afin que tu puisses goûter aux délices de tes efforts.

A mon oncle M' BAPTE Chrétien : Les mots ne suffiront jamais pour te remercier de tout ce que tu as fait pour nous. A aucun moment, ton soutien ne m'a fait défaut. Je profite de cet instant précis par ce modeste travail pour te dire merci. Toi qui as cru et eu

confiance en moi, j'espère que ce travail t'apportera joie, bonheur et satisfaction. Que Dieu t'accorde santé, longévité et grâces.

A mon grand frère MBAPTE TADONKENG Ruben : Je ne saurais combien de fois te dire merci pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de faire pour nous. Tu m'as toujours soutenu, motivé et donné courage lorsque j'étais désespérée et accablée. Sache que je suis très fière de toi. Ce travail est aussi le tien.

A mes frères et sœurs : TEUDJOU Filbert, TAGUENANG Boris, NZEKI Cédric, DJEUMENE Yolande, MASSAJEU Carine V., MANEDONG Carine N., SONFACK M. Prudence, MBAFACK Irène, TCHANA Natacha, KENFACK Hermine, MAJEUSSON Merveille : Soyons unis, c'est la plus grande richesse d'une famille. Cette thèse est aussi la vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur. Puisse le Seigneur nous accorder toujours la paix.

A mes feux grands-parents Sa Majesté SONFACK Gaston et son épouse MADOCHIE Madeleine ; MANEDONG Marthe : je n'ai jamais cessé de penser à vous. Reposez en paix.

A ma tante SONFACK Jeanne-Phillipe et son époux KAMGA Augustin : Votre soutien et votre aide m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail. Mille fois merci pour tout.

A mes tantes Jeanne d'Arc, Thérèse, Odille, Marie-Guillaume, Françoise, Nathalie recevez toute ma gratitude pour vos pensées et prières.

A mon neveu et mes nièces Brayon, Sarah et Aurélie : Que ce travail vous serve d'exemple et de modèle ; je vous aime.

A mes cousins et cousines : vous êtes si nombreux que je ne peux vous citer individuellement. Que ce travail vous donne courage, car le prix de la réussite c'est le travail.

REMERCIEMENTS

Au **Mali** ma seconde patrie et **au peuple Malien**, pour sa légendaire hospitalité « la diatigui yala », sa bienveillance et sa simplicité pendant toute la durée de mon séjour.

Au Dr Zanafon OUATTARA : Les mots me manquent en ce jour pour vous exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance. Ce travail est le vôtre.

Au **père Aldo GIANNASI** Prêtre en Italie, vos prières, vos conseils et votre aide m'ont beaucoup aidé durant votre séjour ici. Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous exprimer ma profonde gratitude. Puisse le Père tout puissant vous accorder longue vie et santé.

Au Dr MOMO Germain, son épouse **Dr MEWA Irène** et leurs enfants **Axel, Etane, Lilwenn** : pour l'accueil chaleureux et le soutien que vous avez su m'apporter. Vous êtes ma famille de Bamako. Les mots ne suffiront jamais pour vous remercier d'avoir été toujours présent lorsque j'ai eu besoin de vous. Vous aurez toujours une place dans mon cœur. Ce travail est aussi le vôtre.

A la famille NGALEU (Mr Ngaleu Fansi, Mme Ngaleu Anne, Cyndi et Bernada) de Bertoua : Vos conseils, vos encouragements vos prières et votre aide m'ont été très précieux pour la réalisation de cette thèse. Ce travail est également le vôtre et recevez ma profonde gratitude. Puisse le Seigneur vous accorder santé et bénédictions.

A la famille BIRANG : Merci pour votre hospitalité et le soutien dont j'ai bénéficié tout au long de mon cursus.

A mon amie Dr Maria Pilar CORENA et sa fille Adrianna en Floride : Your are a good friend. May God bless you.

Au professeur Raphael VANEGAS, au Dr Gladys FERNANDEZ (CUBA) et Dr Isis CAYON pour l'encadrement reçu de vous et veuillez accepter mes sincères remerciements.

A SIMNOUE Paul et son épouse Dr NEM Danielle de Garoua : merci pour vos conseils, vos prières et votre aide.

Au Dr WAMBA Gaston, EYI Harry, Modeste et son épouse Antoinette : Merci pour votre contribution dans la réalisation de ce travail.

A mes ami(e)s MANEKEU Mireille, ATOUME Christine, TEMGOUA Merline, YAKEU Serge du Cameroun : Je n'oublierai jamais tous ces moments passés ensemble, car vous aviez partagé mes joies et peines. Puisse cette amitié durer pour la vie.

Aux Dr ONGOIBA I, Dr TEDONGMO Linette, Dr KOUDJOU Blaise Dr KONATE S, Dr Tchomtchoua Ariel, Dr TOGO E, Dr MAIGA Fatoumata, Dr FANDJEU Irène, Dr BALLA M.

A mes amies HAMIDOU Panta, Dr SANGO Anne, Dr TILEUK Victorine, Dr KUIDJEU Judith, Dr TOWA Stéphanie, EROUME Tatiana : pour votre amitié sincère et franche, pour cette marque d'attention manifeste à mon égard en toutes circonstances. Puisse le Seigneur préserver cette amitié.

Au Dr Mamadou SIMA : Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait suscitent de l'admiration. Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A NGUIMO François et MOUTE Blaise : Merci pour l'aide matérielle
Aux familles TRAORE Youssouf et FOFANA Bekech pour votre hospitalité et vos encouragements.

A mes promotionnaires (ASTRA): Nous avons constitué une famille à Bamako et puisse le Seigneur veuille sur chacun de nous.

Aux promotions Famille X, LES, ASPRO, PREMIUM, SOSERE, SATRE, SEGALEN, PRADIER, CESAR, DEGAULLE, SPARTE et ASTURIES.

A SOPE NGALEU Herchelle : Tu es comme une petite sœur et je te souhaite courage pour le reste de tes études.

A mes voisins Eric, Moriba, Pierre, Lewis, Armelle, Dorcas, Claude, Christian, Michelle, Djeneba, Drissa.

Aux internes du service de gynécologie-obstétrique : Mariam, Sory, Ibrahim, Fa Issif, Fatim, MTK, Abdoulaye, Sidy, Nima, Drissa.

A tout le personnel du service de Gynécologie-Obstétrique ; merci pour votre franche collaboration.

A toute la communauté camerounaise au Mali

A toutes les communautés étrangères au Mali

A tous ceux que je n'ai pas pu citer, ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

A notre maître et président du jury :

Professeur FONGORO Saharé

 **Maitre de conférences en néphrologie**

 **Chevalier de l'ordre national du mérite de la santé**

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir à la présidence de ce jury malgré vos multiples responsabilités. Homme aux multiples qualités scientifiques et humaines, votre accueil chaleureux, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un maître exemplaire et respectable.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre admiration et l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

A notre maître et juge de jury :

Dr TRAORE Broulaye

✚ Praticien hospitalier

✚ Chef de service de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURÉ

**✚ Président de l'Association Malienne de Lutte contre la
Déficience Mentale chez l'Enfant (AMALDEME)**

**✚ Chargé de cours à l'institut national de formation en
sciences de la santé de Bamako**

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté d'apporter votre contribution à la réalisation de ce travail. Votre dynamisme, votre habileté dans le travail et votre gentillesse nous ont grandement marqués.

Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos sincères remerciements et toute notre gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Dr TOURÉ Samba

 **Gynécologue-obstétricien**

 **Chef-adjoint du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU
du point G**

Nous avons été profondément touchés par la spontanéité avec laquelle vous aviez accepté de diriger ce travail. A vos côtés, nous avons appris la considération du malade, le sens de la responsabilité et l'humilité. Votre rigueur, votre modestie et votre disponibilité nous ont fortement impressionnés.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre reconnaissance et puisse le Seigneur vous accorder longue vie et grâces.

A notre maître et directeur de thèse :

Dr MAIGA Bouraïma

- ✚ Gynécologue-Obstétricien**
- ✚ Maître assistant à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS)**
- ✚ Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant**
- ✚ Responsable de la filière de formation des sages-femmes à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**
- ✚ Chef de service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du point G**
- ✚ Chevalier de l'ordre national du Mali**
- ✚ Parrain de la promotion 2004-2005**

Nous avons été marqués par l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service. C'est pour nous une marque de confiance inestimable de vous avoir comme directeur de thèse. Votre simplicité, votre souci du travail bien fait, votre désir profond de valoriser la profession et vos conseils font de vous un encadreur modèle et surtout un exemple à suivre.

Cher maître, veuillez retrouver ici nos sentiments de respect et de profonde gratitude. Que DIEU vous accorde santé, longévité et réussite dans toutes vos entreprises.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIFS

I-GENERALITES

- 1-Définition
- 2- Modalités
- 3-Historique
- 4-Diagnostic
- 5-Physiologie de l'accouchement
- 6-Anomalies de l'accouchement
- 7-Pronostic
- 8-Conduite à tenir

II- METHODOLOGIE

III- RESULTATS

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

CONCLUSION

RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ABREVIATIONS

BDCF : Bruits du cœur fœtal
BGR : Bassin généralement rétréci
CHU : centre hospitalier universitaire
cm : centimètre
CPN : consultation prénatale
DFP : Disproportion fœto-pelvienne
EPA : Etablissement public à caractère administratif
EPH : Etablissement public hospitalier
FFI : Faisant fonction d'interne
FVV : Fistule vésico-vaginale
g : gramme
GEU : Grossesse extra-utérine
GH : Hormone de croissance
HRP : Hématome retro-placentaire
h : Heure
IC : Indice de confiance
IV : intraveineuse
kg : Kilogramme
Min : Minute
Mm : millimètre
OAP : Œdème aigu du poumon
OR : Odd ratio
P : Probabilité
PF : Planning familial
PP : Placenta prævia
RPM : Rupture prématurée des membranes
SA : Semaine d'aménorrhée
SFA : Souffrance fœtale aiguë
SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieur
SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieur
SIGT : Sacro-iliaque gauche transverse
SIDA : Sacro-iliaque droit antérieur
SIDP : Sacro-iliaque droit postérieur
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VME : Version par manœuvre externe

INTRODUCTION

L'abondante littérature consacrée depuis plus de 30 ans à la présentation du siège témoigne de l'intérêt qu'elle continue de susciter. Demelin disait qu'il s'agissait d'un accouchement eutocique au seuil de la dystocie [1]. Il faudrait aujourd'hui inverser les termes, car désormais seuls peuvent être considérés comme eutociques les accouchements qui assurent la naissance d'enfants vivants, viables, indemnes de tout traumatisme susceptible d'entraîner un quelconque handicap [1].

La fréquence du siège est de 4 % environ ce qui est en fait la plus fréquente des présentations anormales [2]. En Afrique elle varie de 1,52 à 5,4 % [3] et au Mali, elle varie entre 1,2 et 2,74 % [4,5].

Il convient d'apprécier les risques de cette présentation et de décider quelle est, parmi les solutions proposées, l'attitude la plus apte à satisfaire à la fois les intérêts de la mère et de l'enfant.

Le fœtus en siège est incontestablement un fœtus à risque : les raisons de sa position originale ne sont peut-être pas fortuites et sa naissance par les voies naturelles peut se compliquer de difficultés mécaniques par excès de volume relatif, ou de phénomènes anoxiques par compression funiculaire.

Les deux questions majeures gravitent autour de la place de la version par manœuvres externes (VME) dans la prévention de cet accouchement, et du mode de naissance par voie basse ou par césarienne. Autant de questions auxquelles il n'est pas facile de donner réponse.

L'étude de la littérature ne permet pas de dire quelle est la meilleure méthode, césarienne plus ou moins systématique ou accouchement

par voie basse conduit suivant un protocole strict, tant les avis des auteurs divergent ou même s'opposent. Ceci, d'ailleurs, risque de durer aussi longtemps qu'on n'aura pas su entreprendre des études multicentriques dans des conditions permettant d'obtenir des résultats comparables et de dégager des principes directeurs [1].

L'absence d'étude antérieure faite sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé notre travail dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

Objectif général :

- Evaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement du siège au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du point G.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements en présentation du siège ;
- Déterminer le profil sociodémographique des parturientes ;
- Déterminer les principales indications de la césarienne dans la présentation du siège ;
- Déterminer les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement du siège.

I- GENERALITES

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 [6].

2- MODALITES

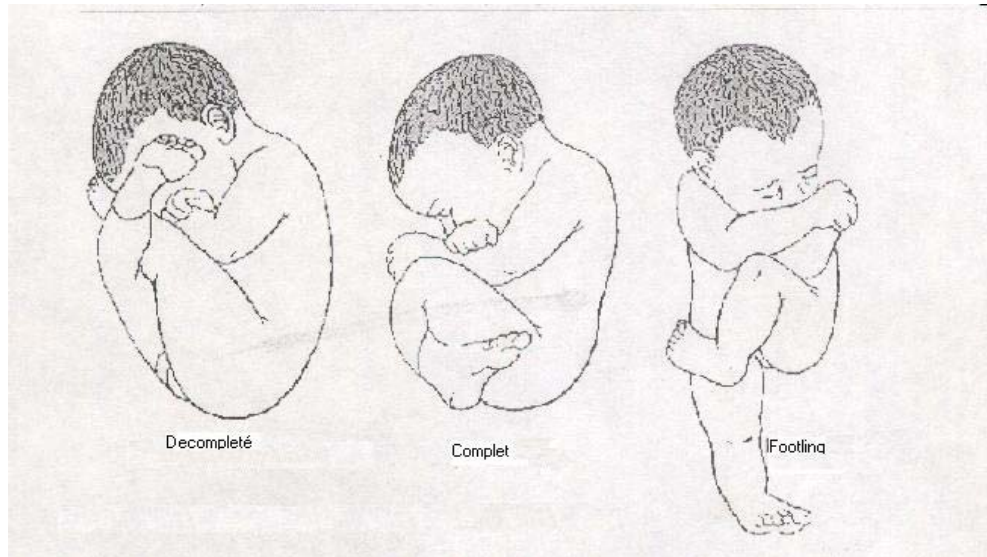
On distingue principalement deux formes anatomiques de présentation du siège :

- 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 [8].

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 « **foothing breech** » où les membres inférieurs sont semi-fléchis sous le siège.

Figure 1 : différents modes de présentation du siège [5]



Source : Moussa K [5]

3- 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 [9].

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

- ◆ 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, R C WRIGHT 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.

3.1- Fréquence

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

3.2- 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 [8]. 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) [11].

3.2.1- 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 [12,13].
- 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 foetal 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.

3.2.2- Causes ovulaires

- Les anomalies du liquide amniotique,
- Le placenta bas inséré,
- La brièveté du cordon.

3.2.3- Causes fœtales

- Les malformations (hydrocéphalie, anencéphalie),
- L'hyper-extension de la tête dernière : elle est une des composantes de la présentation, qui fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. L'anomalie résulte d'une hyper-lordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et la nuque vient au contact du dos.

Toute déflexion dépassant la « **MILITARY 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 [14].

- La gémellité : si le premier jumeau est en siège, il y a peu de chance que cela change en fin de grossesse [2].

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.

4- 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 [12].

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.

4.1- Diagnostic pendant la grossesse

4.1.1- Examen clinique

L'interrogatoire

Elle peut révéler une présentation du siège au cours d'un accouchement précédent.

L'examen physique

L'inspection : Elle montre que l'utérus est développé longitudinalement.

La palpation : Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic .Le palper bimanuel montre que le pôle foetal 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 décompleté donne accès à un pôle plus rond, plus ferme et il peut parfois être difficile de faire la différence avec le pôle céphalique [8].

Le pôle foetal 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**) [11].

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 foetal est haut situé dans la région péri ombilicale, voire sus ombilicale [8].

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 [7,12].

4.1.2- 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 foetal et au diamètre bipariétal.

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

4.2- Diagnostic pendant le travail

4.2.1-Avant la rupture des membranes

Il faut être prudent avec la poche des eaux intactes 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.

4.2.2- Apres la rupture des membranes

Le toucher vaginal confirme facilement le diagnostic et précise le mode et la variété de position [8].

Précision du mode de présentation

En cas de siège décomplété mode des fesses : les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli interfessier centré par un orifice appelé l'anus.

En cas de siège complet : les doigts vaginaux perçoivent les pieds reconnus par le talon et les deux malléoles.

Cliniquement, le diagnostic différentiel du siège pourrait se discuter avec : une face fortement oedématiée ; une présentation transversale avec un pied tombant dans le vagin ; une anencéphalie ; un sommet déformé par une volumineuse bosse sérosanguine.

Le repérage de la pyramide sacré au toucher vaginal et la recherche de la tête dans le fond utérin doivent permettre le bon diagnostic [2].

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) [8].

5- PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

5.1- 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 [7].

Une autre particularité de la présentation du siège décomposé 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 fœto-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 [9].

5.1.1- 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 [4]. 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 [7]. La descente est achevée lorsque la hanche antérieure fœtale se cale sous la symphyse.

- **Dégagement** : Il s'effectue généralement en sacrotransverse ou la hanche antérieure précède la hanche postérieure [11]. 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 continu 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 II et III : Mécanisme de l'accouchement dans le siège [9]

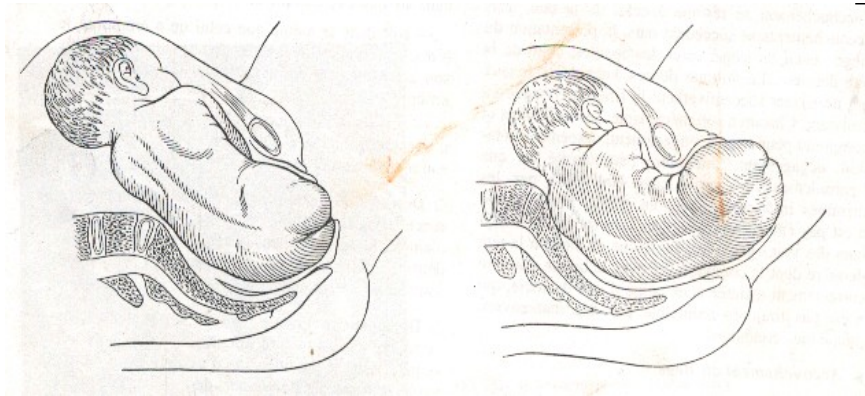


Figure II

Figure III

Source : R Merger [9]

5.1.2- 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 foetal 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 [11].

5.1.3- 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-occipitofrontal 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 occipitopubienne, 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 [11].

5.2- Phénomènes dynamiques et plastiques

5.2.1- 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 [15].

Les anomalies de la dilatation du col marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. Mais en règle la lenteur de sa dilation 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 [5].

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 [4]. 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 fœtal est réservé.

5.2.2- 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.

5.3- PARTICULARITE PHYSIOLOGIQUE

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 ainsi que les procidences du cordon, les ruptures prématurées des membranes sont rencontrés 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 débutent au plus tard lors de

- l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration [10] ;
- ◆ 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 [7].

6- 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.

6.1- Rupture prématuré 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.

6.2- 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.

6.3- Procidence du cordon

Elle est assez fréquente surtout dans le siège complet, chez la primipare, en cas d'accouchement prématuré.

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.

6.4- Anomalies mécaniques pendant l'expulsion

Dans ces anomalies, peuvent être observées : 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 [8].

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.

7- PRONOSTIC

La présentation du siège comporte un risque plus élevé de morbidité et de mortalité foëto-maternelle. La plupart des auteurs s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalité néonatales, considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique. Du point de vue du pronostic, ils ne font pas non plus de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare [7].

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.

7.1- Pronostic maternel

7.1.1- 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 foetus. 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.

7.1.2- 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 élargi 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 **[15]** :

- ◆ 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 **[17]**. 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 sont 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 [10].

7.2- 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 > 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 [18]. Toutefois, au delà d'un certain

seuil il semble que le bénéfice néonatal soit inexistant alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelle.

7.2.1- Mortalité

Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée. 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 sont possibles ;
- 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 [8].

7.2.2- 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 [5]. 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 la 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 [5].

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 durale 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 [5]. 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 [4]. 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 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 maternelle 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 [10].

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.

7.3- Éléments 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.

7.3.1- Éléments 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 fœtal comporte toujours une réserve [9]. 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 [19].
- **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 unicitriciel, la voie basse peut être acceptée sans aucun risque.

- **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.

7.3.2- 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 [19].

Selon les auteurs, la césarienne est conseillée pour un poids supérieur à 4200 g (MYERS et GLEICHER), 4000 g (TATUM), ou 3800 g (GOLDENBERG) [8]. 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 [9] ; 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 césariennes 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 foeto-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 apprécié 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.

7.3.3- Eléments de pronostic foetal 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 foetale.
- **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 [6]. 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 foëto-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 [5].
- **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 [6].

8- 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 foëtale (paralysie du plexus brachial, fractures diverses, séquelles d'anoxie foëtale) 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.

8.1- 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 :

8.1.1- 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 [8]. Son but est de transformer la présentation podalique en présentation céphalique vers la 36 SA en l'absence de contre-indications.

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.

8.1.2- 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 cliniquement, 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.

8.1.3- 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 [11].

8.2- 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 organiser. 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.

8.2.1- Période de dilatation

Le travail doit être dirigé et surveiller 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 reconsidérer 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.

8.2.2- 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 » [20].

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, anesthésiste et 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 [7]. 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 [2].

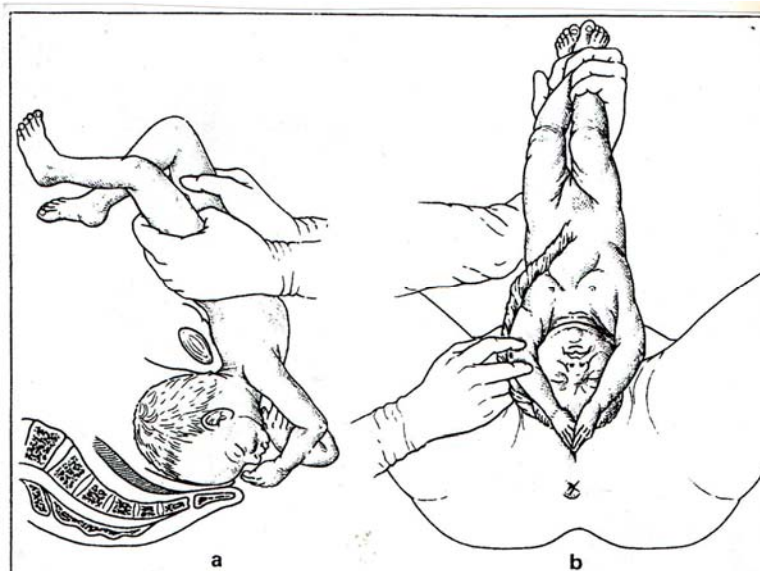
Attitude interventionniste ou aide à l'expulsion

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**

Des qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les hanches est relevé à deux mains vers le haut, puis reverser sur le ventre de la mère, sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse, et la tête se dégage en déflexion [7]. Cette manœuvre aide au dégagement artificiel de la tête.

Figure IV : Manœuvre de BRACHT [2]



a : coupe sagittale

b : vue de face

Source : J Lansac. [2]

➤ **La manœuvre de LOVSET**

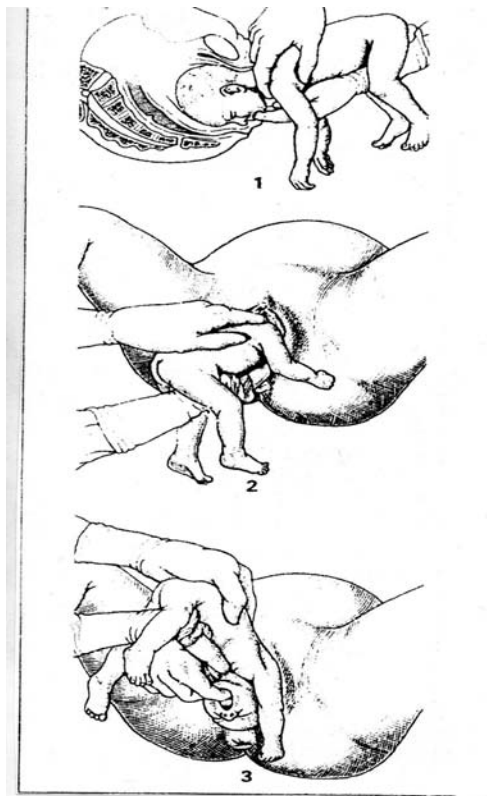
C'est la manœuvre la moins traumatique et la plus efficace exécutée pour dégager les épaules et les bras fœtaux. Le fœtus est saisi,

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 [2].

➤ **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 médius 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 [2]. Cette manœuvre est utilisée pour dégager une tête retenue dans l'excavation.

Figure V : Manœuvre de Mauriceau [2]



Source : J Lansac. [2]

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.

II- METHODOLOGIE

1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins.

2- Période d'étude

Notre étude s'est étendue du 1^{er} Janvier 2005 au 30 juin 2008, soit une période de 42 mois dans le service de Gynécologie-Obstétrique du **CHU du point G**.

3- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du **CHU du Point G**, centre de référence de niveau 3 construit en 1906, et devenu opérationnel à partir de 1916. Il couvre une superficie de 25 hectares et est situé à 8 km vers le Nord de la ville de Bamako, sur la colline du Point « G » surplombant la ville.

Erigé en hôpital national en 1959, il a le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 suivant la loi 92.025/A.N.R.M du 05/10/92.

En 2002 il devient un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002.

Cet hôpital reçoit des malades venant du district de Bamako, mais aussi de l'intérieur du pays ; participe à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

Le service de gynécologie est actuellement en reconstruction. Le transfert fait dans le bâtiment du service d'anatomie pathologie est provisoire. La direction de l'hôpital a mis à la disposition du service de gynécologie obstétrique des salles d'hospitalisation dans les services d'hématologie, de chirurgie A et B et d'urologie.

Le personnel est constitué de :

Un médecin chef ;

Un médecin chef adjoint ;

Un médecin généraliste ;

Dix sages-femmes ;

Cinq infirmières ;

Deux infirmiers dont un major ;

Onze techniciens de surface.

Sur le plan organisationnel, les activités du service sont réparties comme suit :

Le staff se déroule tous les matins faisant le compte rendu de la garde ;

Du lundi au jeudi une consultation externe et les interventions programmées ;

la visite des malades hospitalisées tous les jours ;

Lundi la consultation post-natale ;

Mardi et jeudi les CPN;

Mercredi le planning familial ;

Vendredi le dépistage du cancer du col ;

une équipe de garde constituée d'un médecin, trois étudiants en médecine FFI, une sage femme, une infirmière et deux garçons de salle.

En dehors du staff où tout le personnel est convié d'assister, les autres activités se déroulent en parallèle.

4- Population d'étude

La population d'étude était constituée par toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement ou césarienne prophylactique pendant la période d'étude.

5- Echantillonnage

La taille minimum de l'échantillon a été déterminée à partir de l'Épitable du logiciel Epi-info 6.04dfr conformément à la formule applicable dans les études cas-témoins.

- . rapport témoins/cas = 2
- . odds ratio à détecter = 4
- . proportion d'exposition chez les témoins= 5
- . risque alpha = 5%
- . puissance = 80%

Résultats

- . niveau de confiance= 95%
- . nombre de cas=85
- . nombre de témoins= 171
- . total = 256

Augmentation de 12% de la taille de l'échantillon correspondant à 96 cas pour 192 témoins soit un total général de 288 accouchements pour toute l'étude.

- **Critères d'inclusion** : Sont inclus tous les cas et témoins enregistrés pendant notre recrutement.

Cas : ont été considérées comme cas, toutes les parturientes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale dont l'âge est supérieur ou égal à 37 semaines avec fœtus en présentation du siège.

Témoins : ont été considérées comme témoins, toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale dont l'âge est supérieur ou égal à 37 semaines avec fœtus en présentation du sommet.

- **Critères de non inclusion** ; n'ont pas été inclus :
- tout autre mode de présentation : front, face, transversale ;
 - les grossesses multiples ;
 - les malformations fœtales incompatibles avec la vie ;
 - les hypotrophies fœtales ;
 - les prématurés ;
 - les fœtus mort-nés macérés.

Ceci nous a conduit à ne retenir que 96 cas et 192 témoins de grossesses uniques, dont le terme était supérieur ou égal à 37 semaines et dont le poids fœtal était supérieur ou égal à 2500g.

6- Supports, saisie et analyse

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, compte-rendu opératoires, dossiers obstétricaux et consignées sur une fiche d'enquête individuelle.

Nous avons fait une saisie simple des textes et des tableaux sur le logiciel MICROSOFT OFFICE WORD 2007.

L'analyse des données a été réalisées sur les logiciels SPSS 16.0 et Epi-info (6.04 cfr).

Les tests statistiques utilisés ont été le Chi2 avec une probabilité $p < 0,05$.

III- RESULTATS

1- Résultats descriptifs

Nous avons colligé 96 cas de présentation du siège appariés à 192 témoins en présentation céphalique.

Figure 1: Fréquence des accouchements au service

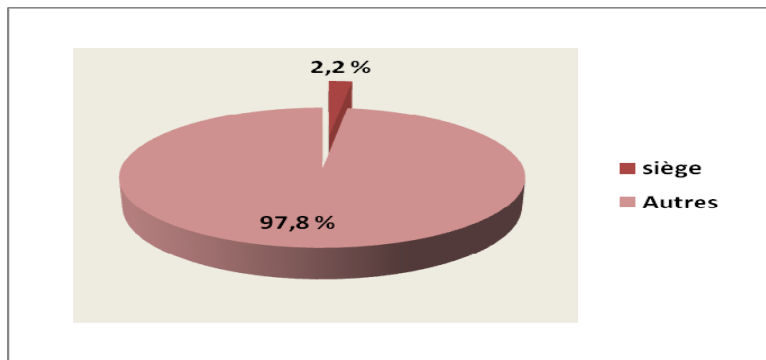
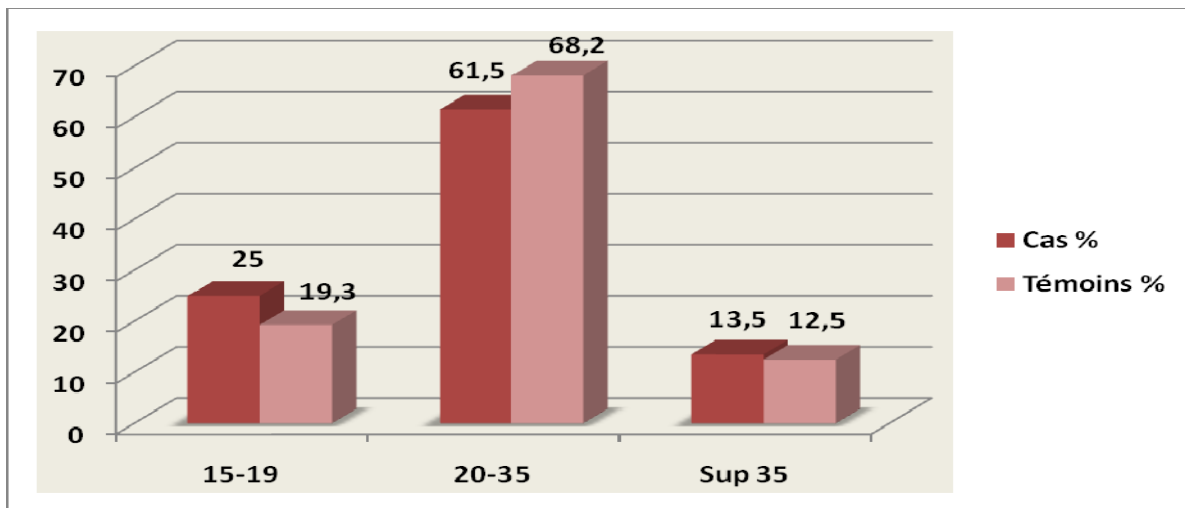


Figure 2: Répartition des parturientes selon l'âge

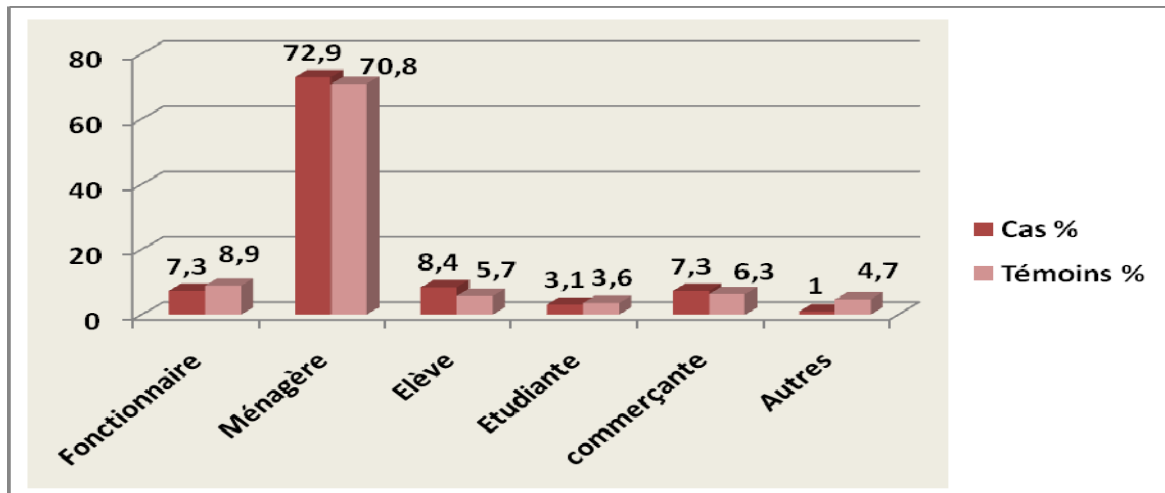


P=0,47

La tranche d'âge la plus représentée chez les cas (61,5 %) et témoins (68,2 %) était comprise entre 20 et 35 ans.

L'âge moyen était de 26 ans dans les deux populations.

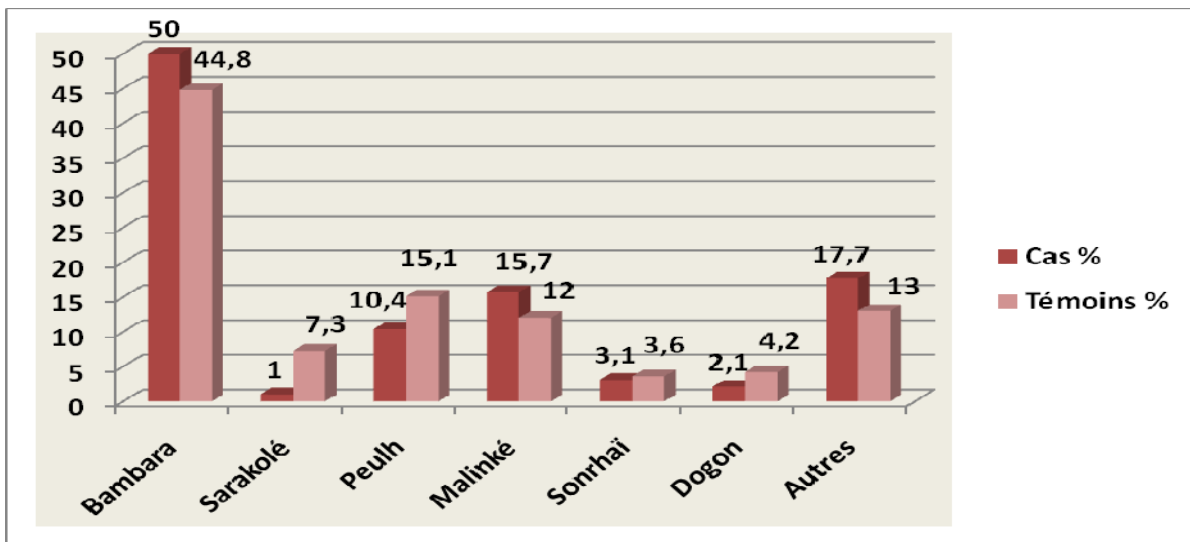
Figure 3: Répartition des parturientes selon la profession



Les ménagères ont été majoritaires parmi les cas (72,9%) et les témoins (70,8 %).

Autres : Cas (aide-ménagère 1 %), Témoins (teinturière 2,1 %, coiffeuse 1,6 %, aide-ménagère 0,5 %, couturière 0,5 %).

Figure 4: Répartition des parturientes selon l'ethnie



L'ethnie Bambara a été la plus représentée chez les cas (50 %) et les témoins (44,8 %).

Autres : **Cas** (Maure 3, Maraka 1, Bozo 3, Kakolo 1, Mossi 1, Khasonké 1, Daffing 2, Soninké 1, somono1, bobo 2, senoufo 1, commerçante 7) ; **Témoins** (Senoufo 7, Maure 4, Bassa 1, Fang 1, Wolof 1, Minianka 4, Soninké 3, Mossi 2, Somono 1, Khasonké 1).

Tableau I: Répartition des parturientes selon la résidence

Résidence	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
District de Bamako	52	54,2	133	69,3
Hors Bamako	44	45,8	59	30,7
Total	96	100,0	192	100

La majorité des cas (54,2 %) résidait dans le district de Bamako contre (69,3 %) de témoins.

Tableau II: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mariée	77	80,2	133	69,3
Célibataire	19	19,8	59	30,7
Total	96	100	192	100

P=0,048

Les femmes mariées étaient les plus représentées chez les cas (80,2 %) et les témoins (69,3 %).

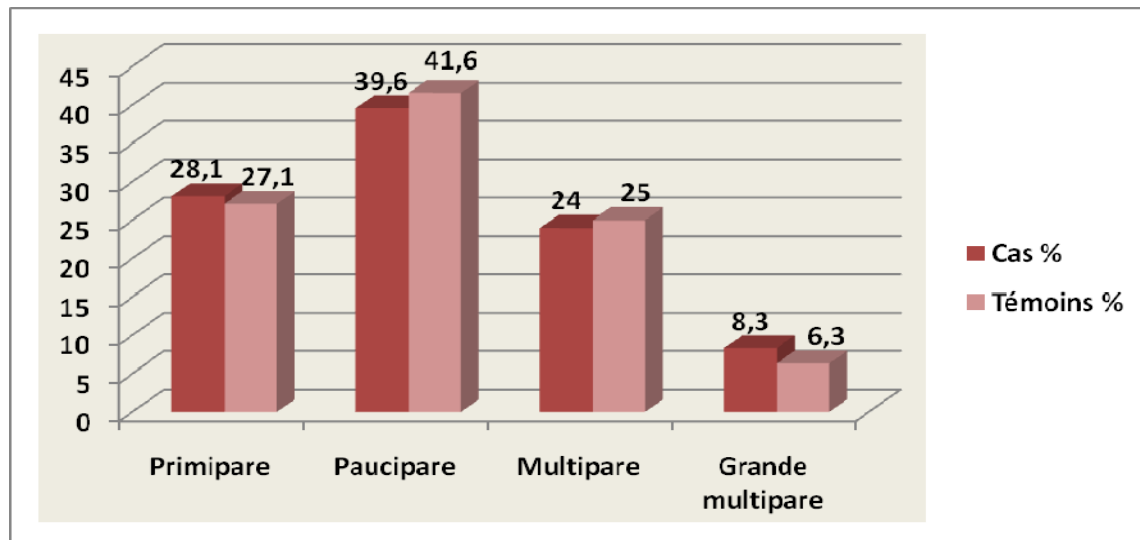
Tableau III: Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
GEU	3	23	1	3,3
Césarienne	10	77	27	90
Cerclage	0	0	1	3,3
Hystérorraphie	0	0	1	3,4
Total	13	100	30	100

P=0,18

Les ATCD de césarienne ont été retrouvés chez 77 % de cas et 90 % de témoins.

Figure 5: Répartition des parturientes selon la parité



P= 0,85	0,73	0,84	0,51
OR= 1,05	0,92	0,95	1,36
IC : 0,59-1,88	0,54-1,56	0,95-1,74	1,36-3,74

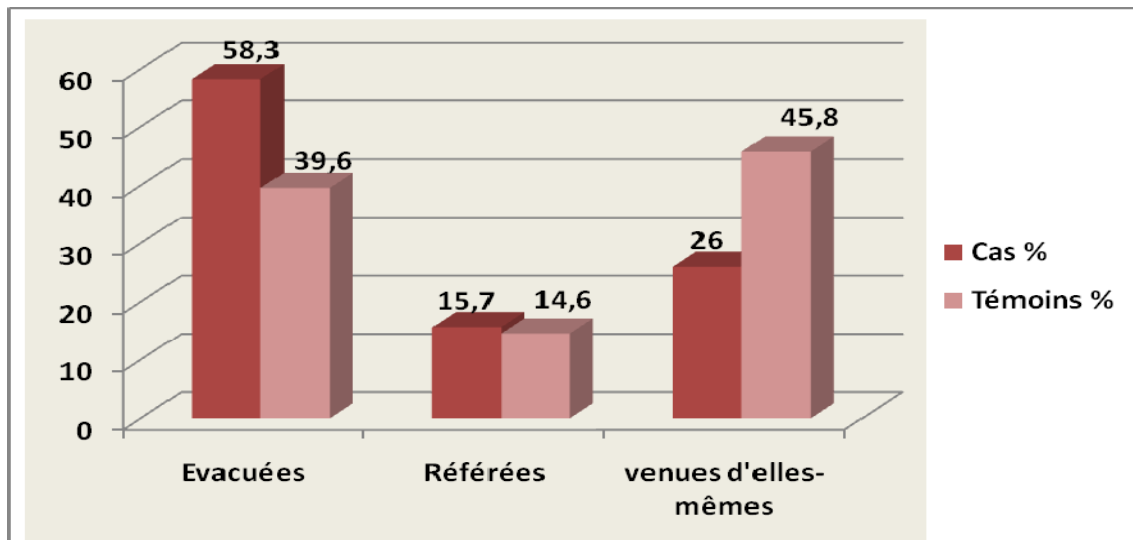
Les paucipares étaient les plus représentées soit 39,6 % chez les cas et 41,6 % chez les témoins.

Tableau IV: Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse

CPN	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Oui	87	90,6	166	86,5	0,30	1,51	0,64-3,66
Non	9	9,4	26	13,5	0,30	0,66	0,27-1,56
Total	96	100	192	100			

9,4% des cas n'avaient fait aucune CPN contre 13,5% chez les témoins.

Figure 6: Répartition des parturientes selon le mode d'admission



P= 0,003

Les évacuations ont constitué 58,3 % chez les cas contre 39,6 % chez les témoins.

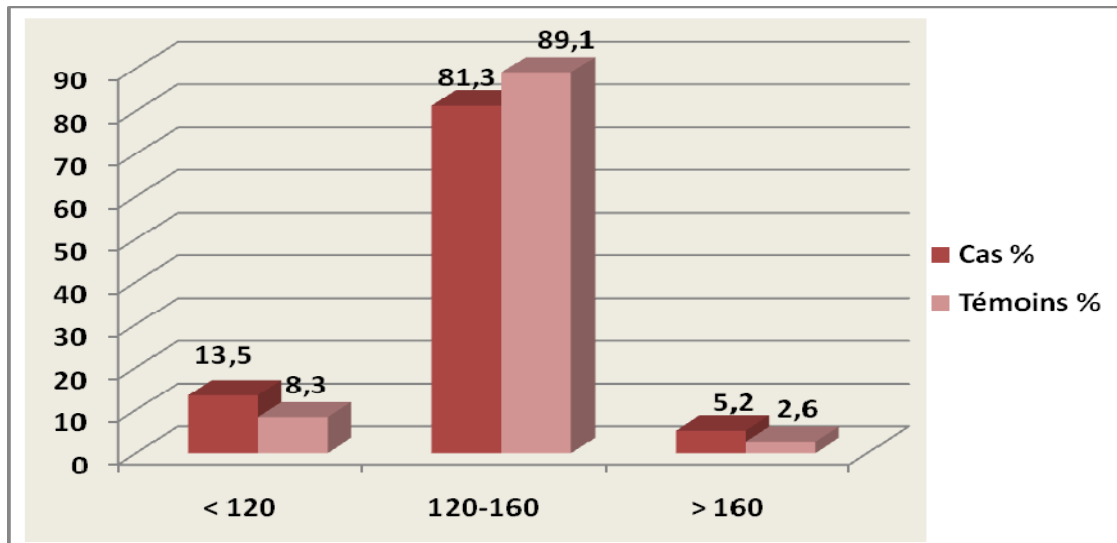
Tableau V: Répartition des parturientes selon leur taille

Taille (cm)	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
< 150	5	5,2	6	3,1	0,38	1,70	0,44-6,51
≥150	91	94,8	186	96,9	0,38	0,59	0,15-2,29
Total	96	100	192	100			

94,8 % des cas avaient une taille supérieure à 150 cm contre 96,9 % de témoins.

Tailles extrêmes : 128 et 175 cm (cas) et 143 et 180 cm (témoins).

Figure 7: Répartition des parturientes selon les BDCF à l'admission



P=0,16	0,06	0,25
OR= 1,72	0,53	2,05
IC : 0,74-3,99	0,25-1,11	0,50-8,43

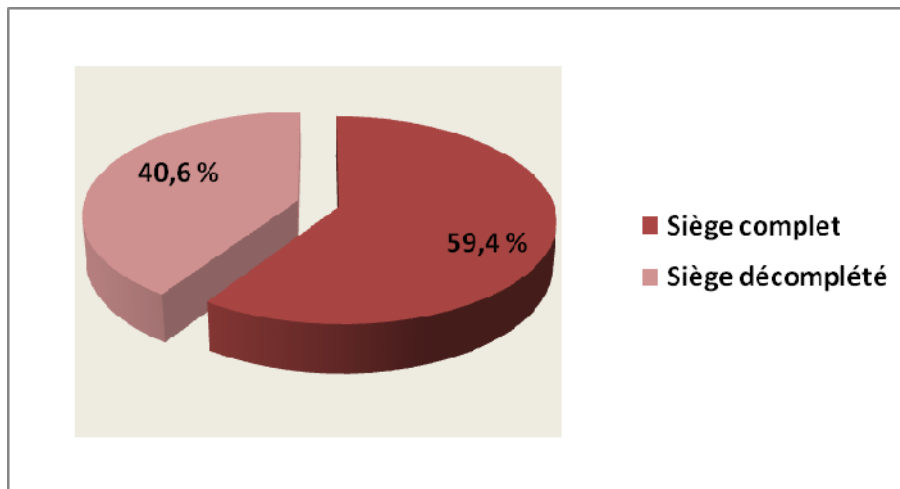
Les BDCF étaient absents à l'admission chez 7 cas soit (7,3%) et 9 témoins soit (4,7 %).

Tableau VI: Répartition des parturientes selon l'engagement de la présentation à l'admission

Engagement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Oui	74	77,1	161	83,9	0,16	0,65	0,34-1,25
Non	22	22,9	31	16,1	0,16	1,54	0,80-2,97
Total	96	100	192	100			

77,1 % des cas étaient engagés à l'admission contre 83,9 % de témoins.

Figure 8: Répartition des parturientes en fonction du type de présentation du siège



Le siège complet (59,4 %) était plus représenté que le siège décomplété (40,6 %).

Figure 9: Répartition des parturientes en fonction de l'orientation de la présentation

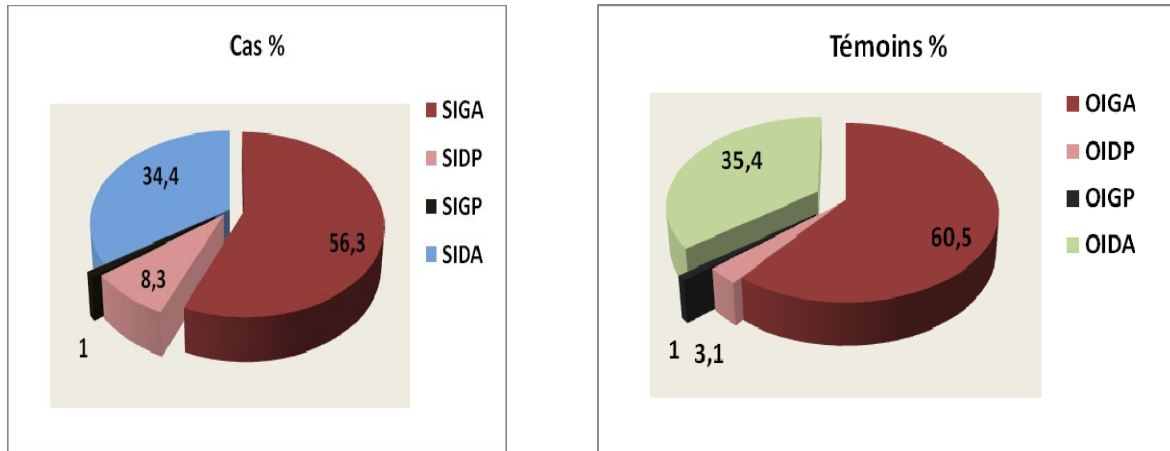
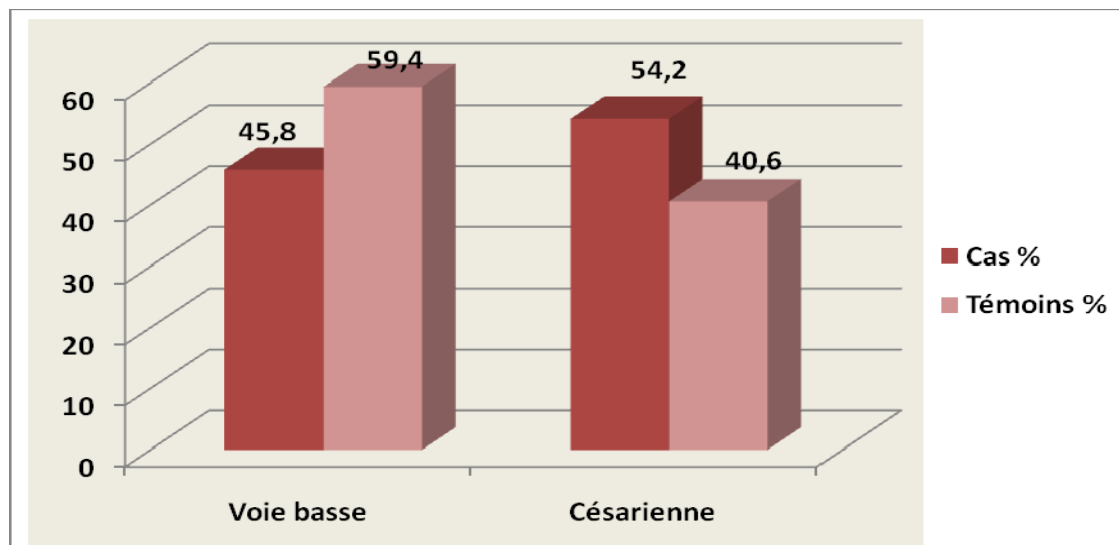


Tableau VII: Répartition des parturientes selon le bassin osseux

Bassin osseux	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Normal	86	89,6	154	80,2	0,25	1,56	0,69-3,63
Limite	10	10,4	27	14,1	0,38	0,71	0,31-1,62
Rétréci	0	0	10	5,2	-	-	-
Asymétrique	0	0	1	0,5	-	-	-
Total	96	100	192	100			

La majorité des parturientes avaient un bassin cliniquement normal chez les cas (89,6 %) et les témoins (80,2 %).

Figure 10: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement



P=0,03 ; OR= 0,58
IC : 0,34-0,98

OR= 1,73
IC : 1,02-2,92

La césarienne a été la voie d'accouchement la plus pratiquée chez les cas (54,2 %) contre 40,6 % chez les témoins.

Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indication césarienne	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Suspicion de macrosomie	4	7,7	2	2,6
Siège/utérus cicatriciel	7	13,5	-	-
PP hémorragique	2	3,8	6	7,7
Procidence cordon battant	2	3,8	0	
Syndrome de pré rupture	2	3,8	5	6,4
Dilatation stationnaire	3	5,8	11	14,1
DFP	2	3,8	8	10,2
Défaut d'engagement à dilatation complète	1	2	6	7,7
SFA	20	38,4	8	10,2
BGR	0	0	7	9
autres	9	17,4	25	32,1
Total	52	100	78	100

P<0,05

La SFA était l'indication la plus fréquente chez les cas (38,4 %) contre 10,2 % chez les témoins (P=0,0001 ; OR=5,47 ; IC : 2,01-15,28).

Autres : **Cas** (césarienne prophylactique/fibrome **1**, phase latence sup 8h **1**, FVV **1**, éclampsie **1**, oligoamnios sévère **1**, bassin limite **2**, PP+HRP **1**, HRP/sauvetage maternel **1**) ; **Témoins** (déchirure complète périnée non réparé **1**, ATCD cure FVV et césarienne **1**, désunion cicatrice **1**, pré éclampsie sévère +OAP **1**, utérus tricatriciel **2**, absence d'engagement a dilatation complète +VIH1 **2**, crise d'éclampsie subintrante **1**, SFA+absence

d'engagement a dilatation complète **1**, SFA+DFP **2**, SFA+HRP **1**, SFA+dilatation stationnaire **1**, SFA+macrosomie **1**, SFA+bassin limite **1**, DFP+utérus fragilisée **1**, HRP+PP recouvrant hémorragique **1**, utérus bi cicatriciel + BGR **1**, bassin asymétrique + utérus cicatriciel **1**, +, césarienne prophylactique pour bassin limite **1**, utérus biciatriciel+bassin limite **2**, HRP/sauvetage maternel **2**.

Tableau IX: Répartition des parturientes selon les manœuvres utilisées

Manœuvre	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mauriceau	8	53,4	-	-
Bracht	5	33,3	-	-
Lovset	2	13,3	-	-
Jacquemier	-	-	2	100
Total	15	100	2	100

La manœuvre de Mauriceau (53,4 %) était la plus pratiquée chez les cas.

Parmi les 44 cas « L'expectative armée » ou Méthode de Vermelin a été préconisée dans 65,9 % d'accouchements par voie basse contre 34,1 % de manœuvres.

Tableau X: Répartition des parturientes en fonction de la durée d'expulsion

Durée d'expulsion	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤ 45 min	41	93,2	108	94,7	0,70	0,76	0,16-4,05
> 45 min	3	6,8	6	5,3	0,70	1,32	0,25-6,32
Total	44	100	114	100			

93,2 % de cas avaient une durée d'expulsion ≤ 45 min contre 94,7 % de témoins.

La durée moyenne d'expulsion était de 10 min chez les cas et 5 min chez les témoins.

Tableau XI: Répartition des parturientes en fonction la durée du travail

Durée du travail	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤ 12 h	38	86,4	86	75,4	0,13	2,06	0,73-6,08
> 12 h	6	13,6	28	24,6	0,13	0,48	0,16-1,36
Total	44	100	114	100			

86,4 % de cas avaient une durée du travail ≤ 12 h contre 75,4 % chez les témoins.

La durée moyenne du travail était de 8 h dans les deux populations.

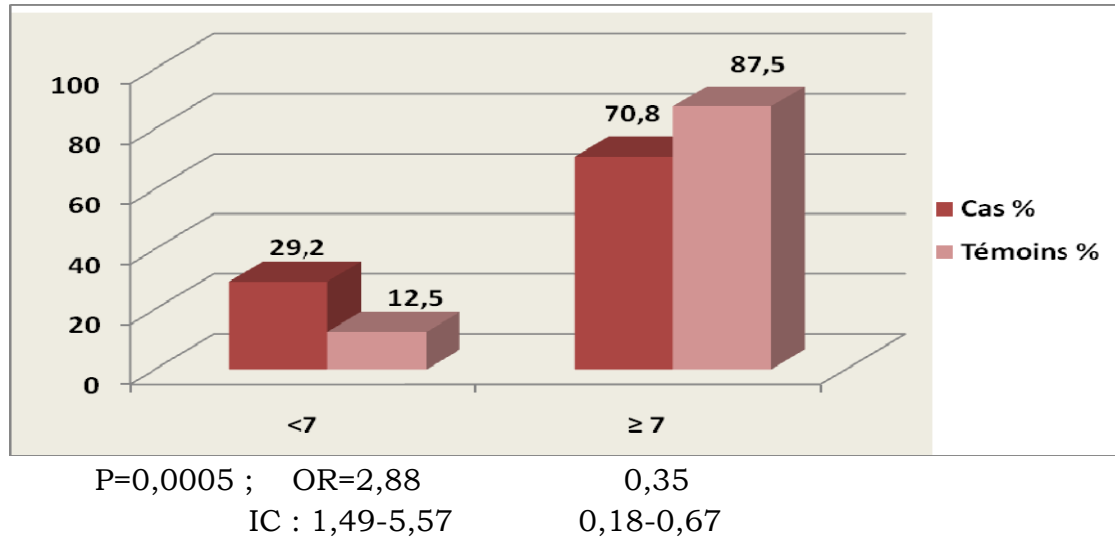
Tableau XII: Répartition des parturientes en fonction des anomalies du travail d'accouchement

Anomalies du travail d'accouchement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
dystocie dynamique	27	71,1	14	51,9
Dystocie mécanique	4	10,5	11	40,7
Dystocie des épaules	-	-	2	7,4
Relèvement des bras	1	2,6	-	-
Procidence du cordon	2	5,3	0	0
Rétention tête dernière	1	2,6	-	-
Procidence pied	1	2,6	-	-
Procidence bras	2	5,3	-	-
Total	38	100	27	100

P=0,036

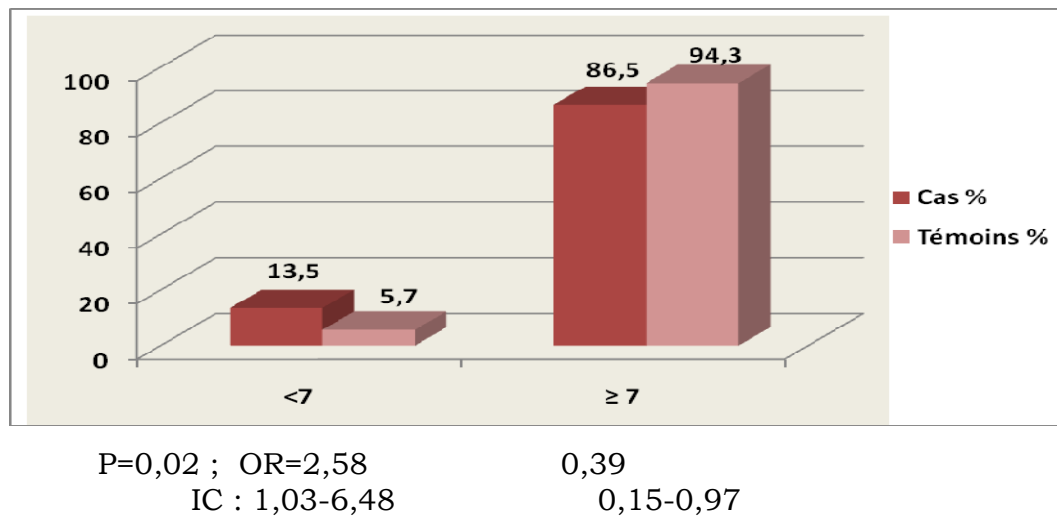
Les dystocies dynamiques étaient les anomalies les plus représentées chez les cas (71,1 %) contre (51,9 %) chez les témoins.

Figure 11: Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar des nouveau-nés à la 1ère minute



A la 1ère minute 29,2 % des cas avaient un mauvais Apgar contre 12,5 % chez les témoins.

Figure 12 : Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} minute



A la 5^{ème} minute 13,5 % des cas avaient encore un mauvais Apgar contre 5,7 % chez les témoins.

Tableau XIII: Répartition des parturientes en fonction des complications fœtales

Complications fœtales	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
SFA	20	47,6	14	48,3
Mort périnatale	15	35,7	10	34,5
Rétention tête dernière	1	2,4	-	-
Relèvement des bras	1	2,4	-	-
Dystocie des épaules	-	-	2	6,9
Autres	5	11,9	3	10,3
Total	42	100	29	100

P= 0,50

Autres : **Cas** (œdèmes des bourses 4, fracture du fémur 1) ;

Témoins (fracture du fémur 1, fracture de l'humérus 2).

La SFA a été la complication fœtale la plus retrouvée chez les cas (47,6 %) et les témoins (48,3 %).

Tableau XIV: Répartition des parturientes en fonction des complications maternelles

Complications maternelles	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Endométrite	6	28,5	6	26,1
Suppuration peau	2	9,5	0	0
Fistule recto-vaginale	0	0	1	4,4
Déchirure col	1	4,8	3	13
Déchirure du vagin	1	4,8	3	13
Décès maternel	1	4,8	0	0
Déchirure compliquée du périnée	0	0	2	8,7
Hémorragie de la délivrance	10	47,6	8	34,8
T0tal	21	100	23	100

P= 0,31

L'hémorragie de la délivrance était la complication maternelle la plus représentée chez les cas (47,6 %) et les témoins (34,8 %). Cependant nous avons noté un cas de décès (4,8 %) suite à une hystérectomie d'hémostase.

2- Résultats analytiques

Tableau XV: Répartition des parturientes en fonction de l'âge maternel et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Voie basse		Césarienne		P	OR	IC
Tranche d'âge (an)	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
15-19	11 25%	20 17,5%	13 25%	17 21,8%	0,53	0,72	0,23-2,28
20-35	26 59,1%	79 69,3%	33 63,5%	52 66,7%	0,03	0,52	0,27-1,01
sup 35	7 15,9%	15 13,2%	6 11,5%	9 11,5%	0,61	0,70	0,70-3,38
Total	44 100%	114 100%	52 100%	78 100%			

Tableau XVI: Répartition des parturientes en fonction de la parité et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Voie basse		Césarienne		P	OR	IC
Parité	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
Paucipare	32 72,7%	80 70,2%	33 63,5%	52 66,7%	0,13	0,63	0,33-1,20
Multipare	11 25%	25 21,9%	12 23,1%	23 29,5%	0,73	0,84	0,28-2,58
Grande multipare	1 2,3%	9 7,9%	7 13,4%	3 3,8%			
Total	44 100%	114 100%	52 100%	78 100%			

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon le mode de présentation et la parité

Parité	Complet		Décomplété		P	OR	IC
	Effectifs	%	Effectifs	%			
Paucipare	45	78,9	20	51,3	0,004	3,56	1,33-9,65
Multipare	7	12,3	14	35,9	0,005	0,25	0,08-0,77
Grande multipare	5	8,8	5	12,8	0,56	0,68	0,15-2,99
Total	57	100	39	100	-	-	-

Tableau XVIII: Répartition des parturientes en fonction du bassin osseux et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Voie basse		Césarienne		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
Normal	42	108	44	46	0,001	0,4	0,23-0,73
	95,5%	94,7%	84,6%	59%			
Limite	2	6	8	21	-	-	-
	4,5%	5,3%	15,4%	26,9%			
Rétréci	0	0	0	10	-	-	-
	0%	0%	0%	12,8%			
Asymétrique	0	0	0	1	-	-	-
	0%	0%	0%	1,3%			
Total	44	114	52	78			
	100%	100%	100%	100%			

Tableau XIX: Répartition des parturientes en fonction du poids du nouveau-né et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Voie basse		Césarienne		P	OR	IC
Poids (g)	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
2500-3500	37 84,1%	84 73,7%	35 67,3%	54 69,2%	0,18	0,68	0,37-1,26
>3500<4000	5 11,4%	25 21,9%	13 25%	17 21,8%	0,02	0,26	0,07-0,99
≥ 4000	2 4,5%	5 4,4%	4 7,7%	7 9%	-	-	-
Total	44 100%	114 100%	52 100%	78 100%			

32,7 % de cas ayant un poids foetal supérieur à 3500 g sont nés par césarienne et 15,9 % de cas par voie basse contre respectivement 30,8 % et 26,3 % chez les temoins (p=0,03).

Tableau XX: Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et du score d'apgar à la 1^{ère} minute

Voie accouchement	Voie basse		Césarienne		<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
Apgar 1 ^{ère} minute	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
<7	15 34%	4 3,5%	13 25%	20 25,6%	0,05	5,77	1,35-26,6
≥7	29 66%	110 96,5%	39 75%	58 74,4%	0,001	0,39	0,21-0,73
Total	44 100%	114 100%	52 100%	78 100%			

75 % de cas nés par césarienne avaient un score d'apgar ≥7 à la 1^{ère} minute et 66 % de cas par voie basse contre respectivement 74,4 % et 96,5 % chez les témoins.

Tableau XXI: Répartition des parturientes en fonction du suivi de la grossesse et du score d'apgar à la 1^{ère} minute

Suivi grossesse	Suivie		Non suivie		<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
Apgar 1 ^{ère} minute	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
< 7	23 26,4%	16 9,6%	5 55,6%	8 30,7%	0,19	2,30	0,54-10.12
≥ 7	64 73,6%	150 90,4%	4 44,4%	18 69,2%	0,24	1,92	0,58-7,0
Total	87 100%	166 100%	9 100%	26 100%			

Les enfants issus de grossesses non suivies soient 55,6% (cas) et 30,7 % (témoins) avaient un mauvais score d'Apgar à la 1^{ère} minute par rapport au groupe suivi.

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon le type de présentation et le score d'apgar à la 1^{ère} minute

Type présentation	Complet		Décomplété		<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
Apgar 1 ^{ère} minute	Effectifs	%	Effectifs	%			
<7	17	29,8	11	28,2	0,86	1,08	0,40-2,93
≥7	40	70,2	28	71,8	0,86	0,92	0,34-2,49
Total	57	100	39	100			

Tableau XXIII: Répartition des parturientes en fonction des manœuvres obstétricales utilisées et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Manœuvre	Faites		Non faites	
	Effectif	%	Effectif	%
Apgar 1 ^{ère} minute <7	5	33,3	10	34,5
≥ 7	10	66,7	19	65,5
Total	15	100	29	100

P= 0,93

33,3 % de nouveau-nés avaient un Apgar <7 à 1^{ère} minute contre 34,5 % sans celles-ci.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion et le score d'apgar à la 1^{ère} minute

Durée expulsion	≤ 45 min		> 45 min		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
Apgar 1 ^{ère} minute <7	13	3	2	2	0,19	4,33	0,27-84,13
	31,7%	2,8%	66,7%	16,7%			
≥ 7	28	105	1	5	0,79	1,33	0,14-31,40
	68,3%	97,2%	33,3%	83,3%			
Total	41	108	3	6			
	100%	100%	100%	100%			

L'Apgar à la 1^{ère} minute a été mauvais soit 66,7 % (cas) contre 16,7 % (témoins) lorsque l'expulsion était prolongée (p=0,19).

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-FREQUENCE

Du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2008, il y a eu 4323 accouchements dont 96 cas en présentation du siège dans le service de gynécologie obstétrique ce qui représentait 2,22 %.

Marinho OA [21] au Nigeria, Mektit T A [22] en Ethiopie et Moussa K [5] au Mali ont trouvé respectivement 2,1 % 2,76 % et 2,74 %.

Suzanne F [23] en France, Hannah-Hannah [24] au Canada et Kutlar I [25] en Turquie ont rapporté respectivement 2,15 %, 3 % et 2,4 %.

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

Janet R [26] et Nubar J [27] ont rapporté respectivement (7,9 %) et (13 %). Le taux bas de la fréquence (2,22 %) pourrait s'expliquer par l'exclusion des cas de grossesses multiples et des accouchements prématurés qui sont fréquemment associés aux présentations du siège.

2- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

2-1- Age des parturientes

La majorité des patientes soit 61,5 % des cas avaient un âge compris entre 20 et 35 ans, contre 68,2 % chez les témoins. L'âge moyen de nos parturientes était de 26 ans dans les populations.

La moyenne d'âge retrouvée par FARSI IF [3] au Sénégal, ERKAYA S [25] en Turquie, Rousenau L [18] en France a été respectivement de 27 ans, 25 ans, 27 ans.

Les adolescentes ont été représentées par 25 % des cas contre 19,3 % de témoins.

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre l'âge et la présentation du siège ($P= 0,47$) dans cette étude.

2.2- Profession

La population était majoritairement ménagère. Ainsi, nous avons noté 72,9 % de ménagères parmi les cas contre 70,8 % chez les témoins ($p=0,71$).

Moussa K [5], Dembélé A [4] et Dicko B [10] au Mali ont rapporté dans leurs études respectivement 71,43 %, 89,7 % et 86,4 %. Il s'agit le plus souvent des femmes non scolarisées donc très peu enclines à comprendre les risques liés à ce type d'accouchement.

2.3 - Statut matrimonial

Les femmes mariées sont fortement représentées soit 80,2 % de cas contre 69,3 % de témoins. L'échantillon est constitué de 19,8 % de cas de femmes célibataires contre 30,7 % chez les témoins.

2.4- Parité

Les paucipares (parité inférieure à quatre) ont représenté 67,7 % des cas contre 68,8 % pour les témoins ($p=0,85$).

Dembélé A [4], Dicko B [10] au Mali et Denis A [18] en France ont rapporté des taux respectifs de 49 %, 59,2 % et 50,1 % de pauciparités.

Les primipares étaient représentées par 28,1 % de cas contre 27,1 % de témoins sans corrélation statistique significative ($p=0,85$).

Nous avons remarqué que la fréquence de la présentation du siège diminue avec la parité. Ainsi, les multipares et les grandes multipares n'ont constitué que 24 % et 8,3 % chez les cas contre 25 % et 6,3 % chez les témoins.

Classiquement, le trouble de l'accommodation chez la multipare dû au relâchement des parois utérines explique la survenue des présentations du siège chez celle-ci [5]. Dans une cavité très vaste et complaisante, toutes les accommodations sont possibles ce qui explique le taux relativement élevé des présentations du siège chez ces multipares [5].

28,1 % de siège chez les nullipares pourrait s'expliquer par l'hypotrophie utérine. Il s'agit d'utérus le plus souvent mal étoffé ou mal constitué [7]. Une autre explication pourrait être que la présentation du siège chez la primipare constitue un motif d'évacuation.

2.5- 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 peuvent faire indiquer d'emblée une césarienne.

Les antécédents de césarienne ont été retrouvés chez 10,4 % de cas contre 14,1 % de témoins ($p=0,25$). Ce résultat est supérieur à ceux de Dembélé A [4] au Mali et Farsi I F [3] au Sénégal qui ont rapporté des taux respectifs de 5,6 % et 7,4 %, mais reste comparable à celui

de Moussa K [5] au Mali qui trouvait 10,92 % d'antécédents d'utérus cicatriciels chez les cas.

La césarienne a été pratiquée chez 80 % de cas et 81,5 % de témoins contre respectivement 20 % et 18,5 % pour la voie basse. Nous pensons comme la plupart des auteurs que l'association d'utérus cicatriciel et de présentation du siège doit faire indiquer une césarienne électorive.

2.6- Suivi de la grossesse et mode d'admission

L'absence de consultation prénatale a été de 9,4 % chez les cas contre 13,5 % pour les témoins ($p=0,30$).

Ce résultat est meilleur à ceux de Brahim O [28] en Tunisie, Dembélé A [4] au Mali et Farsi I L [3] au Sénégal qui étaient respectivement de 35 % ; 33,6 % et 34,1 %. Dicko B [10] et EDS [29] au Mali ont rapporté 18 % et 11 % de grossesses non suivies.

La CPN a été de bonne qualité dans 32,2 % de cas et le pronostic de l'accouchement n'a pas été déterminé dans 70,8 % soit du fait de la mauvaise qualité des CPN, soit de l'absence même du suivi prénatal.

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

Les parturientes évacuées /référées avec fœtus en présentation du siège (74%) d'autres structures socio-sanitaires ont représenté 54,2 % témoins avec une différence statistiquement significative ($p= 0,003$). Il s'agissait des parturientes qui ont été reçues dans d'autres structures évacuées ou transférées à cause des anomalies liées à leur grossesse ou à son évolution, alors que la plupart des auteurs [10, 3, 27] reconnaissent le caractère dépréciatif de l'évacuation en obstétrique.

3- Examen physique

3-1- Taille de la parturiente

La taille des parturientes inférieure à 150 cm a été retrouvée chez 5,2 % de cas contre 3,1 % chez les témoins (p=0,38).

Le bassin était anormal dans 4,2 % de cas contre 1,6 % de témoins. Ces parturientes auraient dû bénéficier d'une évaluation du pronostic d'accouchement à la consultation du dernier trimestre et faire indiquer une césarienne prophylactique chez les cas.

3.2- Rythme cardiaque fœtal

L'appréciation du rythme cardiaque fœtal a été faite au stéthoscope de Pinard.

Le rythme cardiaque fœtal était normal chez les fœtus en siège soit 81,3 % contre 89,1 % chez les témoins (p=0,06).

Les BDCF anormaux ont été de 18,7% chez les cas et 10,9 % chez les témoins. Plusieurs facteurs ont contribué à altérer le rythme cardiaque. Ce sont les dystocies dynamiques 71,1 %(cas), 51,9 % (témoins) ; les dystocies mécaniques 10,5 % (cas), 40,7 % (témoins) ; la procidence du cordon 5,3 %, le relèvement des bras 2,6 %, et la rétention de la tête dernière 2,6 % (cas) et les dystocies des épaules 7,4 % (témoins) avec une différence statistique significative (p=0,036).

3.3- Présentation fœtale

Plus de la moitié (59,4 %) des cas avaient une présentation du siège complet contre (40,6 %) de mode décomplété. Dicko B [10] et Moussa K [5] au Mali ont rapporté respectivement 50,5 % et 55 % de siège

complet contre 49,5 % et 45 % de siège décomplété. La tendance qui est retrouvée chez la plupart des auteurs [4, 30, 31] est inversée dans cette étude. Ainsi, Farsi [3] au Sénégal, Kouakou [30] en Côte d'Ivoire, et Buambo-Bamanga [32] au Congo ont trouvé respectivement 49,2 % ; 43,3 % ; et 34,9 % de présentation du siège complet contre 50,2 % ; 52,6 % et 65,1 % de siège décomplété.

Les paucipares avec présentation du siège complet représentaient 46,9 % contre 51,3 % de siège décomplété (p=0,004).

Les variétés gauches antérieures étaient plus représentées que les variétés droites antérieures dans les cas de siège 57 % en SIGA et 34 % en SIDA contre 60,5 % en OIGA et 35,4 % en OIDA. Ce taux est inférieur à ceux de Moussa K [5] au Mali et Farsi IF [3] au Sénégal qui ont rapporté respectivement 80 % et 85,5 %.

La présentation foétale engagée à l'admission était de 77,1 % de cas contre 83,9 % chez les témoins (p=0,16). Ainsi, l'accouchement par voie basse a été préconisé.

4- ACCOUCHEMENT

L'accouchement de la présentation du siège est considéré comme potentiellement dystocique.

L'accouchement par voie basse et césarienne a été respectivement de 45,8 %, 54,2 % chez les cas contre 59,4 %, 40,6 % chez les témoins (p=0,03 ; OR=1,73 ; IC%95 : 1,02 -2,92). Les cas avaient deux fois le risque d'accoucher par voie haute. Moussa K [5] au Mali et Farsi IF [3] au Sénégal ont trouvé des taux inférieurs a notre étude, soit 37,8 % et 32 % d'accouchement du siège par césarienne.

La césarienne d'urgence a été pratiquée dans 51,1% chez les cas contre 37,5 % chez les témoins alors que la plupart auraient dû être programmées grâce à des CPN de bonne qualité.

La principale indication de la césarienne était la SFA respectivement 47,6 % et 48,3 % chez les cas et les témoins ($p=0,50$). Certaines indications classiques de césariennes ont été notées à savoir : utérus cicatriciel (13,5 %), la macrosomie fœtale (7,7 %).

La majorité des paucipares ont accouché par voie haute dans les deux populations soit 63,5 % chez les cas et 66,7 % chez les témoins ($p=0,13$).

La primiparité seule, l'âge maternel seul de même que le siège complet seul n'ont pas été une indication systématique de la césarienne dans notre série.

Le taux de césarienne pour présentation du siège dans la littérature est très variable. Il est plus élevé dans les pays développés et varie entre 61,4 % et 90 % aux Etats-Unis d'Amérique [33, 34,35].

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

CONTINENT	Auteurs	Pays	Fréquence %	Année
AFRIQUE	Messaoud L [28]	Tunisie	18	1993
	Farsi I F [3]	Sénégal	32	1997
	Moussa K [5]	Mali	37,8	2005
	Buambo-bamanga [32]	Congo	11,9	2006
	NOTRE ETUDE	MALI	52,4	2008
EUROPE	Denis A [18]	France	47,9	1990
	Saunders N J [37]	Angleterre	90	1996
	Lenz A [38]	Allemagne	86,9	1997
	Morabia A [39]	Suisse	45,4	1998
	Koo M R [40]	Pays-bas	44,4	1998
USA	Ferguson J E [33]	USA	90	1986
	Schiff E [35]	USA	61,4	1996

Plusieurs raisons expliquent ces variations du taux de césarienne dans les différentes séries. Ce sont les moyens de surveillance, les réalités socio-juridiques des différents pays et à un degré moindre la compétence des équipes obstétricales dans les différentes structures d'accueil.

L'accouchement par voie basse a été faite par 50 % des sages-femmes suivies des internes 20,5 % ; des médecins généralistes 20,5 % et des obstétriciens 10 % chez les cas contre respectivement 57,9% ; 34,2 % et 7,9 % chez les témoins.

L'expulsion spontanée a été observée dans 65,9 % de cas et les manœuvres obstétricales ont été pratiquées dans 34,1 %. La manœuvre de Mauriceau était la plus fréquente soit 53,4 % de cas.

Les manœuvres ont été exécutées dans 40 % des cas par les sages-femmes ; 26,7 % par les médecins généralistes, 20 % par les obstétriciens et 13,3 % par les internes.

L'expulsion au cours des accouchements par voie basse a été supérieure à 45 minutes chez 6,8 % des cas contre 5,3 % chez les témoins ($p=0,070$). Ces dystocies d'expulsion s'expliquent d'une part par l'épuisement maternel et d'autre part les dystocies dynamiques qui ont nécessité une perfusion d'ocytocine.

5- PRONOSTIC

5.1- Pronostic maternel

Plusieurs facteurs ont contribué à ces complications liées soit à la grossesse elle-même (suivi), soit au mode d'accouchement ou les deux. Ainsi, le pronostic maternel était de 23,9 % chez les cas et 12 % chez les témoins ($p=0,31$). Moussa K [5] au Mali a rapporté des taux plus bas soient 8,4 % chez les cas contre 3,4 % chez les témoins.

Les principales complications étaient l'hémorragie de la délivrance et l'endométrite post opératoire soient 10,4 % et 6,2 % chez les cas contre 4,1 % et 3,1 % chez les témoins.

Toutes les complications maternelles chez les cas ont été observées uniquement chez les parturientes évacuées.

Un cas de décès maternel a été enregistré (1 %) suite à une hémorragie de la délivrance au cours de la césarienne chez qui une hystérectomie d'hémostase avait été réalisée. Cette mortalité est nulle chez les témoins et dans les séries de Moussa K [5] et Brahim O [28].

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.

5.2- Pronostic fœtal

Le score d'Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute était de 29,2 % chez les cas contre 12,5 % chez les témoins. ($p=0,0005$; $OR=2,88$; $IC: 1,49-5,57$). Les cas courraient trois fois plus de risque. Dicko B [10] et Moussa K [5] ont rapporté respectivement 29 % ; 0,5 % et 39,5 % ; 11,8 %.

Ce score d'Apgar était encore mauvais à la 5^{ème} minute soit 13,5 % des cas contre 5,7 % chez les témoins ($p=0,02$; $OR=2,58$; $IC : 1,03-6,48$). Le risque restait encore très élevé.

Selon le mode de présentation du siège, le score d'Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute était de 29,8 % en cas de siège complet contre 28,2 % dans le siège décomplété ($p=0,86$). Moussa K [5] au Mali a trouvé respectivement 54 % en cas de siège complet et 23 % dans le siège décomplété.

Les enfants issus de grossesses non suivies soient 55,6% chez les cas et 30,7 % chez les témoins avaient un mauvais score d'Apgar à la 1 ère minute par rapport au groupe suivi ($p=0,19$).

Le score d'Apgar ≥ 7 à la première minute a été de 75 % en cas de césarienne chez les sièges contre 66 % pour la voie basse avec une différence statistique significative ($p=0,001$). Chez les témoins, nous avons noté 74,4 % pour la voie haute contre 96,5 % pour la voie basse. Moussa K [5] au Mali a rapporté pour la césarienne et la voie basse respectivement 51 %, 66 % chez les cas contre 70 %, 95 % chez les témoins. Nous soutenons comme la plupart des auteurs

[41,42] que pour le siège, l'accouchement par voie basse ne peut être autorisé que si toutes les conditions obstétricales paraissent optimales.

Lorsque les manœuvres obstétricales étaient pratiquées ; 33,3 % des cas avaient un Apgar inférieur à 7 à la 1^{ère} minute contre 34,5 % en l'absence de celles-ci (p=0,93).

La durée de l'effort expulsif est un facteur pronostique important pour le fœtus et souvent pour la mère. La durée moyenne était de 10 minutes chez les cas contre 5 minutes chez les témoins. L'Apgar à la 1^{ère} minute a été mauvais soit 66,7 % chez les cas et 16,7 % chez les témoins lorsque l'expulsion était prolongée (p=0,19).

Parmi les enfants ayant un poids supérieur à 3500 g ; 15,9% sont nés par voie basse et 32,8% par césarienne chez les cas contre respectivement 26,3% ; 30,8% chez les témoins (p=0,003).

Les complications fœtales ont été observées chez 42 nouveau-nés en présentation du siège soit 43,8 % et 29 en sommet soit 15,1% (p=0,50). Elles étaient dominées essentiellement par la SFA (47,6 %), la mort fœtale (35,7 %) chez les cas contre respectivement 48,3 % et 34,5 % chez les témoins (p=0,50). Moussa K **[5]** au Mali a rapporté 56 % (SFA) et 42 % (mort fœtale) chez les cas contre respectivement 71 % et 28,6 % chez les témoins. Notre taux de mortalité des nouveau-nés en présentation du siège est très élevé par rapport aux études de Jonas et Roder **[43]** qui ont trouvé 7,8 % et affirment que cette mortalité est neuf fois plus élevée qu'en présentation du sommet.

L'analyse du pronostic fœtal a permis de relever 15 cas de mort fœtale soit 15,6 % contre 10 chez les témoins soit 5,2 %. Moussa K

au Mali [5] a trouvé 17,6 % chez les cas et 3,36 % chez les témoins) de décès néonataux.

Les causes de décès ont été essentiellement :

- La souffrance cérébrale néonatale 10,4 % chez les cas et 4,6% chez les témoins ;
- L'infection néonatale 2,1 % chez les cas ;
- La malformation fœtale 1 % dans les deux populations;
- Les anomalies funiculaires 2,1 % chez les cas.

Les voies d'accouchements des nouveau-nés décédés ont été :

- La césarienne : 6 dans les deux groupes soit 11,5 % de cas (5 à l'admission, 1 en post-partum) et 7,6 % de témoins (tous a l'admission) ;
- La voie basse : 9 cas soit 20,5 % (1 à l'admission, 8 en post-partum) contre 4 témoins soit 3,5% (2 a l'admission, 1 en intra partum et 1 en post partum).

Les facteurs ayant contribué à l'altération du pronostic fœtal dans l'accouchement du siège étaient le suivi de la grossesse, la voie d'accouchement, l'expulsion prolongée et les anomalies du travail.

CONCLUSION

La fréquence de la présentation du siège en cas de grossesse monofoetale était de 2,22 %.

Le type de présentation le plus fréquent était le siège complet 59,4 %. La césarienne a été privilégiée (54,2 %) par rapport à la voie basse (45,8 %) dans les présentations du siège. Chez les témoins, elle était de 40,6 % contre 59,4 % par voie basse. La césarienne d'urgence a été pratiquée dans plus de 5 cas sur 6.

Les complications maternelles ont été observées dans 21,9 % vs 12 % chez les cas et témoins.

Cette étude a noté 43,8 % vs 15,1 % de complications fœtales chez les cas et 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 susceptible 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 Personnels de santé**

- Identifier et référer les cas de présentation du siège vers des centres spécialisés ;
- Demander systématiquement un examen échographique en fin de grossesse afin de déterminer le type de présentation et estimer le volume fœtal ;
- Connaitre les critères d'acceptation de la voie basse dans l'accouchement du siège ;
- Faire une surveillance stricte du travail d'accouchement sous partogramme.

➤ **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 ;
- Mettre à la disposition du personnel un plateau technique suffisant.

➤ **A la population**

- Inviter les femmes enceintes à pratiquer des consultations prénatales de bonne qualité ;
- Informer les femmes sur les risques de l'accouchement non médicalisé.

BIBLIOGRAPHIE

1- J.Y. Grall, j Dubois, P.Y. Moquet, P. Poulain, J. Blanchot, M-C. Laurent

Présentation du siège

<http://WWW.emc-consulte.com> consulté le 5-11-08.

2- J Lansac. G Body.F Perrotin. H Marret

Pratique de l'accouchement

3e édition Masson, Paris, 2001 P 119-135.

3- 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 gynéco et obstet du CHU de Dakar. Thèse Med Dakar 1993.

4- Antoine Dembélé

Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans les maternités du district de Bamako.

Thèse Med Bamako 1988,113 pages.

5- Moussa Koné

Accouchement en présentation par le siège : pronostic foetal et maternel dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE

Thèse Med Bamako 2005,84 pages.

6- Roger Volkaer, J Barrat, H .Bossart, D.Lewin, R.Renaud

Traité d'obstétrique 2

La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique

Masson Paris 1985 P 364-383.

7- R Merger, J Levy, J Melchoir

Précis d'obstétrique

6e édition ; Masson Paris 2001 P 185-195.

8- J.-M.Thoulon, F Puech,G Boog

Obstétrique

Edition, marketing/Ellipses 1995 P 764-778.

9- Georges P.

L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible ?»

XIVè JTA avancées en gynecologie obstétrique Pma et pédiatrie 1999 ; 1-6.

10- Brahima Dicko

Accouchement du siège pronostic foetal à propos de 103 cas au centre de sante de référence de la commune V.

Thèse Med Bamako 2001,95 pages.

11- Dominique Cabrol, Jean-Claude Pons, Francois Goffinet

Traité d'obstétrique. Présentation du siège p 821-836

Flammarion, 4. Rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris

1re édition 2003

2e tirage 2005.

12- 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.

13- Barbarino-Monnier P, Boutroy J L.

La présentation du siège.

Obstétrique, Ellipses, 32 rue Bargue 75015 Paris, 1995; p 764-778.

14- West Grein M, Grunsell H, Ingemarson I, Muhlow A, Svenningsen N W.

Hyperextension of the foetal head in breech presentation.

Br J obstet gynecol 1981; 88 : 101-104.

15- 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 :391-396.

16- Dubois J, Grall Y J

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège

Revue Française de gynecol et obstet 1990; 85-5.336-341.

17- Claudine Amiel –Tison

Le devenir des enfants nés en présentation du siège

Gazette Méd 1984 ; 91, 37.

18- 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: 271-281.

19- Denis A, Texier M, Rouchy R

Le pronostic du foetal en présentation du siège : évaluation d'un coefficient de risque

Rev.Fr Gynecol-obstet .1976 ; 71,5 : 309-316.

20- Lacomme M.

Pratique obstétricale.

Mason, 2è Edit Paris, 1960.453.

21- Ilesanni O A, Sobowale O A, Marinho O A.

Out come of 44 & breech singleton deliveries at the catholic hospital oluyoro.

Ibadan African J of medecine and medical sciences 1996; 25 (1): 41-6.

22- Mekbib T A.

Breech delivery and foetal outcome: a review of 291 cases.

Ethiopian Med Jr 1995; 33 (3): 175-82.

23- Suzanne F, Portal B, Greze A, Bauden J.

Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas.

Rev Fr Gynecol Obstet 1979; 74, 5: 349-356.

24- 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.

25- 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.

26- Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle A W, Jenet R

The frequency of breech presentation based study.

Am Jr of Obstet & Gynecol 1992; 166: 851-2.

27- Scheer K, Nubar J.

Variation of foetal presentation with gestationnal age.

Am J Obstet Gynecol 1976 ; 125 : 269.

28- Rachdi R, Fekih M A, Mouelhi C, Messaoud L, Brahim O.

Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège : étude statistique à propos de 543 observations.

Rev Fr Gynecol Obstet 1993 ; 884 : 249-252.

**29- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées
Enquête démographique et de santé (EDS), 1995-1996.**

30- Gassan H, Diarra S, Toure K, Kouakou F, Welffens C.

Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient © de corrélation.

Ann univ, Abidjan, serie B (Medecine), 1983; XVII, (1). 291.

31- Hill L M.

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

32- S.F.Buambo-Bomanga,P.Makoumbou,P.Oyere-Moke,A.L.Gnekoumou G.Nkihouabonga,H.Gokana, et al

Médecine d'Afrique noire

Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville
Tome 53-No5-Mai 2006, page 287à 292.

33- Dyson DC, Ferguson J E, Hensleigh P.

Antepartum external cephalic version unders tocolysis.
Obstet Gynecol 1986; 67: 63-8.

34- 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.

35- Schiff E, Friedman SA, 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- Dubois J.

Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège.
Gynécol Obstet Biol Reprod 1981; 10: 479-492.

37- St. Saunders N J.

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

38- Feige A, Krause M, Lenz A.

Deciding criteria for vaginal delivery form breech presentation: effect on neonatal early and late morbidity
zeitschrift fur Geburtshift and Néonatalogie 1997; 201, 35.

39- 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.

40- Koo M R, Dekker G A, Van Geizn H P.

Perinatal outcome of singleton term breech deliveries.
Europ J of Obstet Gynecol and Reprod Biol 1998; 78 (1): 19-24.

41- Baeta S., Tete K.V.SS., Koudjoe K., Noustsougan Y.M., Fiagnon K., Boukari A.G., et al.

L'accouchement en présentation du siège au CHU de Lomé : facteurs de létalité périnatale.
Journal de la SAGO, 2002; 1(1) : 18-22.

42- Joseph C.V, Conne C., Edward J.

The randomised management of the term frank breech presentation: a study of 208 cases.
Am.J Obstet.Gynecol, 1980; 137(2): 235-244.

43- Jonas O., Roder D

Breech presentation in South Australia, 1987-1989
Aust.N.Z.Obstet (Australia) 1993 ; 33(1) : 17-21.

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTIFICATION DE LA FEMME

Q1- Age : / ____ / (1=15-19, 2=20-35, 3≥ 35 ans)

Q2-Profession : / ____ / (1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève, 4=étudiante, 5=autres)

Q3- Ethnie : / ____ / (1=bambara, 2=Sarakolé, 3=peulh, 4=malinké, 5=sonrhäï, 6=dogon 7=autres)

Q4- Résidence : / _____ / (commune 1 à 6, 2= autres)

Q5- Statut matrimonial : / ____ / (1= mariée, 2=célibataire, 3 = divorcée)

II- ANTECEDENTS

PERSONNELS

Q6-Médicaux : / _____ / (1=HTA, 2=Diabète, 3=drépanocytose, 4=asthme, 5=insuffisance cardiaque, 6=autres)

Q7-Chirurgicaux : / _____ / (1=Myomectomie, 2=césarienne, 3=hystérorraphie 4=plastie tubaire)

Q8-Gynécologiques : / _____ / (1=fibrome utérin, 2=synéchie utérine, 3= malformation utérine)

Q9-Obstétricaux: / ____ / (G: P: V: D: A:)

III- SUIVI DE LA GROSSESSE

Q10- Consultation prénatale : / _____ / (1=oui, 2=Non)

A- SI oui nombre CPN: / _____ / (1<4, 2≥ 4)

Q11- Paramètres de surveillance : / ____ / (1= DDR, 2=âge gestationnel, 3=HU, 4=BDCE, 5=TA, 6=TV, 7=présentation, 8=poids, 9=autres)

Q12- Critères de qualité CPN : / _____ / (1=TA, 2=HU, 3= Poids, 4=BPN, 5=SP1 et SP2, 6=FAF, 7=âge grossesse, 8=autres)

Q13- Qualité: /_____/ (1=bonne: tous les critères de qualités avec au moins 4 CPN, 2=moyenne : TA, Poids, HU, SP1 et 2, moins de 4 CPN, FAF, gpe-Rh, 3=mauvaise : pas TA, ni poids, ni BPN)

Q14- Auteur CPN: /_____/ (1=obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage-femme, 4=matrone, 5=autres)

Q15- Diagnostic du siège: /_____/ (1=oui, 2=Non)

Q16- Examens complémentaires : /_____/ (1=groupage rhésus, 2=albumine sucre, 3=échographie ,4=RAI, 5=radiopelvimétrie, 6=test d'Emmel, 7=sérologie HIV, 8=autres, 9=aucun)

IV- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Q17- Mode d'admission: /_____/ (1=évacuée, 2=référée, 3=Venue elle même)

Q18- Motif : /_____/

Q19- Présence du partogramme : /_____/ (1=oui, 2=Non)

Q20- Est il bien rempli : /_____/ (1=oui, 2=Non)

Examen à l'entrée

Q21- Examineur: /_____/ (1=obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=Interne, 4=Sage-femme)

Q22- Age de la grossesse:/_____/ (1= 37-42 SA, 2> 42 SA, 3=estimée à terme)

Q23-Taille:/_____/ (1< 1,50 ; 2 ≥1,50m)

Q24- Poids: /_____/ (1≤ 45, 2> 45kg)

Q25-TA:/_____/ (1< 14/9, 2 ≥ 14/9 cm hg)

Q26- Hauteur utérine: /_____/ (1≤ 36cm, 2> 36cm)

Q27- BDCF : /_____/ (1< 120 ; 2=120-160, 3> 160 batt/mn)

Q28- Hauteur de la présentation: /_____/ (1=engagée, 2=non engagée)

Q29- Mode de présentation: /_____/ (1=complet, 2=décompleté)

Q30- Orientation de la présentation: /___/ (1=SIGA, 2=SIDP, 3=SIGP, 4=SIDA)

Q31- Dilatation du col: /_____/ (1< 4, 2≥ 4 cm)

Q32- Membranes: /_____/ (1=intactes, 2=rompues)

a- si rompue: /___/ (1=prématuré, 2=précoce, 3=tempestive, 4=RAM)

b-Délai de rupture: /_____/ (1≤ 12, 2> 12H)

Q33-liquide amniotique:/_____/ (1=clair, 2=teinté, 3=sanglant)

Q34-bassin osseux:/_____/ (1=cliniquement normal, 2=limite, 3=rétréci, 4=asymétrique)

Q35-Facteurs de risque associés: /___/ (1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur prœvia, 4=oligoamnios, 5=hydramnios, 6=placenta prœvia, 9=autres, 10=aucun)

Accouchement

Q36- Identité de l'accoucheur : /_____/ (1 obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme, 5=autre)

Q37- Début du travail: /_____/ (H/Min)

Q38- Début de dilatation : /_____/ (H/Min)

Q39- Fin de dilatation: /_____/ (H/Min)

Q40- Durée d'expulsion: /_____/ (1≤ 45, 2> 45 min)

Q41- Durée totale du travail /_____/ (1≤ 12, 2> 12 H)

Q42- Thérapeutiques utilisées : /_____/ (1=perfusion d'ocytocine, 2=Transfusion, 3=ATB, 4= aucune)

Q43- Voie accouchement: /___/ (1=voie basse, 2=césarienne)

a- Si césarienne indication: /_____/ (1=BGR, 2=suspicion de macrosomie, 3=providence du cordon, 4=siège/utérus cicatriciel, 5=placenta prœvia, 6=SFA, 7=autres)

Q44- Episiotomie medio latérale: /_____/ (1=oui, 2=Non))

Q45- Manœuvres obstétricales: /_____/ (1=Mauriceau, 2=Vermelin, 3=Bracht, 4=lovset, 5=Autres)

Q46- Auteur :/_____/ (1=obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme)

Q47- Complications du travail: /_____/ (1=dystocie dynamique, 2=dystocie mécanique, 3=relèvement des bras, 4=rupture utérine, 5=providence du cordon, 6=rétention de la tête dernière,)

Q48- Délivrance: /_____/ (1=naturelle, 2=artificielle, 3=active dirigée)

Q49- Hémorragie délivrance: /_____/ (1=oui, 2=Non)

Q50- Révision utérine: /_____/ (1=oui, 2=Non)

a-Si oui indication : /_____/ (1=rétention placentaire, 2=atonie utérine, 3=utérus cicatriciel, 4=mort in utero, 5=autres)

Examen du nouveau-né et des annexes

Nouveau né à la naissance

Q51- Nouveau-né : /_____/ (1= vivant, 2=mort-né frais)

Q52- Sexe: /_____/ (1=Masculin, 2=féminin)

Q53- Poids: /_____/ (1=2500-3500, 2=3500-4000, 3> 4000grs)

Q54- Taille: /_____/ (1=47-52, 2≥ 53cm)

Q55- PC: /_____/ (1≤35, 2> 35cm)

Q56- PT:/_____/ (cm)

Examen du délivre

Q57- Placenta

a- Poids du placenta : /_____/ (grs)

b- Placenta complet: /_____/ (1=oui, 2=Non)

c- Membranes complètes:/_____/ (1=oui, 2=Non)

d- Point de rupture:/_____/ (1< 10, 2≥ 10)

e- Anomalies:/_____/ (1=oui, 2=Non)

Q58- Cordon ombilical

a- Longueur: / _____ / (1 < 40, 2=40-70, 3 > 70cm)

b- Insertion: / _____ / (1=centrale, 2=marginale, 3=latérale,
4= vélamenteuse)

c- Anomalies: / _____ / (1=circulaire au cou, 2=en bretelle,
3=en échappe, 4=absence d'un vaisseau, 5= excès longueur, 6=autres)

Pronostic fœtal

Q59- Malformation: / _____ / (1=hydrocéphalie, 2=autres)

Q60- Traumatisme: / _____ / (1=fracture, 2=paralysie, 3=luxation,
4=autre)

Q61- Score d'Apgar 1^{ère} mn: / _____ / (1 ≤ 7, 2 > 7)

a- Score d'Apgar 5^{ème} mn: / _____ / (1 ≤ 7, 2 > 7)

Q62- Réanimé: / _____ / (1=oui, 2=Non)

a- Si oui durée: / _____ / (1 ≤ 10, 2 > 10 min)

Q63- Evacué: / _____ / (1=oui, 2=Non)

a-Si oui motif: / _____ / (1=détresse respiratoire,
2=souffrance néonatale, 3=traumatisme, 4=autres)

Q64- Nouveau-né: / _____ / (1=vivant, 2=mort-né frais)

a- Cause décès : / _____ / (1=SFA, 2=procidence du cordon,
3=rétention de la tête dernière, 4=malformation, 5=autres)

Pronostic maternel

Q65-Complications: / _____ / (1=déchirure du col,
2=déchirure vulvo-vaginale, 3=déchirure du périnée, 4=suppuration pariétale,
5=hémorragie délivrance, 6=rupture utérine, 7=autres)

Q66-Décès maternel: / _____ / (1=oui, 2=Non)

a- Si oui cause: / _____ / (1=hémorragie, 2=infection, 3=autres)

FICHE SIGNALETIQUE

NOM: MANEFOUE
MYRIANNE

PRENOMS: HORTENSE

TITRE: Accouchement en présentation du siège dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du point **G** à propos de 96 cas (étude cas-témoin).

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : CAMEROUN

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET: Gynécologie-Obstétrique

RESUME: L'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic fœto-maternel de l'accouchement du siège.

Il a été mené une étude rétrospective cas-témoin du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2008 soit une période de 42 mois.

Nous avons enregistré 96 parturientes ayant une grossesse mono fœtale à terme en présentation du siège contre 192 cas de sommet comme témoins sur 4323 accouchements.

La fréquence de l'accouchement en présentation du siège est de 2,22 %. Le siège complet est le mode prédominant avec 59,4 %.

Les accouchements par voie haute représentent 54,2 % et 45,8 % des enfants sont nés par voie basse.

La morbidité maternelle est de 43,8 % contre 21,8 % de morbidité fatale.

La mortalité maternelle est de 1 % contre 15,6 % de mortalité fœtale.

Mots clés : Accouchement du siège, pronostic fœto-maternel.

PROFILE SHEET

NAME: MANEFOUE

FIRST NAMES: HORTENSE MYRIANNE

TITLE: Childbirth in presentation of the seat in the service of Gynecology-Obstetrics of the CHU of the point **G** in connection with 96 cases (study case-witness).

ACADEMIC YEAR: 2008-2009

TOWN OF DEFENSE: BAMAKO

COUNTRY OF ORIGIN: CAMEROUN

DISCHARGE POINT: Library of the FMPOS

SECTOR OF INTEREST: Gynecology-obstetrics

SUMMARY: The objective of our work is to evaluate the foeto-maternal forecast of the childbirth of the seat.

It was led a retrospective study case-witness from January 1st, 2005 to June 30th, 2008 is one 42 months period.

We recorded 96 parturients having a fetal mono pregnancy in the long term in presentation of the seat against 192 cases of top like witnesses on 4323 childbirth.

The frequency of the childbirth in presentation of the seat is of 2,22 %. The complete seat is the prevalent mode with 59,4 %.

The childbirth by high way accounts for 54,2% and 45,8% of the children were born by low way.

Maternal morbidity is of 43,8% compared with 21,8% of fatal morbidity.

Maternal death is of 1 % compared with 15,6 % of fetal mortality.

Key words: Childbirth of the seat, foeto-maternal forecast.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et le jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure