

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi**



**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 – 2009**

**N°...../**

**TITRE :**

**ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE  
A LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 25/03/2009

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-  
Stomatologie**

Par :

**M. Nkouambat Ndzinga Armel Aimé**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

**PRESIDENT: Professeur Salif Diakité**

**MEMBRE: Docteur Bouraïma Maïga**

**MEMBRE: Docteur Samba Touré**

**DIRECTEUR DE THESE : Professeur Sy Assitan Sow**

<b>FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009</b>
---

**ADMINISTRATION**

**DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR**  
**1<sup>er</sup> ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES**  
**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES**  
**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR**  
**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro-Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

## **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Mycologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie

## **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie – pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie – Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie – pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

## **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soukalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

**3- MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisilogie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie

**D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEUR**

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

Mr Yaya COULIBALY  
Mr Abdoulaye DJIMDE  
Mr Sékou BAH  
Mr Loséni BENGALY

Législation  
Microbiologie – Immunologie  
Pharmacologie  
Pharmacie Hospitalière

**D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

**1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R**

**2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA  
Mr Jean TESTA  
Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

**3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA  
Mr Hamadoun SANGHO  
Mr Massambou SACKO  
Mr Alassane A. DICKO  
Mr Hammadoun Aly SANGO  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Samba DIOP  
Mr Akory AG IKNANE  
Mr Ousmane LY

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Epidémiologie  
Anthropologie Médicale  
Santé Publique  
Santé Publique

**4. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO  
Mr Seydou DIARRA

Biostatistique  
Anthropologie Médicale

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA  
Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu  
Génétique  
Législation  
Chimie Organique

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Mounirou CISS  
Pr Amadou Papa Diop  
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Hydrologie  
Biochimie.  
Physiologie

## DEDICACES

### **A l'Eternel Dieu Tout Puissant,**

Seigneur Dieu Tout Puissant merci, de m'avoir permis de te connaître, d'avoir éclairé mon intelligence durant mes études, de m'avoir guidé et soutenu dans la réalisation de ce travail.

O DIEU je proclamerai ta louange, toute ma vie je te remercierai ; en levant les mains vers toi je dirai qui tu es.

**Je suis attaché à toi, ta main droite est mon soutien. Amen.**

### **A mon père feu Albert Nzinga,**

Cher père, aucune expression écrite ou orale ne saurait déterminer la reconnaissance et l'amour d'un fils envers ses parents. Prêt de six ans que tu es parti laissant derrière toi une famille consternée. C'est l'heure pour moi de m'incliner devant ta mémoire et de te faire honneur. Qu'il plaise au Seigneur de t'accueillir dans sa demeure éternelle. **Dort en paix cher père.**

### **A ma mère Marie Noëlle Mangana,**

Chère mère, j'ai l'immense joie de te témoigner mon Amour et ma reconnaissance. Tu as partagé mes échecs et mes réussites durant ma scolarité tes conseils m'ont permis à chaque fois de me relever. En ce jour je te présente cet humble travail qui est le tien. Merci chère mère.

**Amour infini longue vie à toi.**

### **A mon grand père feu Pascal Biboutou,**

Auprès de toi j'ai passé mon enfance tu as été un ami, un père pour moi. Tu as été le premier à solliciter mon inscription en Médecine. Cher ami j'aurai bien voulu être là pour te conduire à ta dernière demeure. Que le Seigneur t'ouvre les portes de son royaume.

**Paix éternelle à ton âme.**

### **A mes grands pères Pascal Biboutou, Antoine Léssy, mes grands mères Agnès Iébomba, feu Bésagholi, Boukoutou Albertine, Manga,**

Vous m'avez comblé d'affection et d'amour je n'oublierai jamais les moments passés auprès de vous. Malgré les divergences l'union de la famille a toujours été votre credo. Je vous dédie ce travail.

**Eternelle reconnaissance.**

**A mes oncles : F. Moukandja, H. Moutendi, R. Cheyi, J. Boudoughou, F. Boukoubi, A. Moukendi, P. Biboutou, J. Ghombi, J. Moussosso,**  
A chaque étape de ma vie vous avez joué un rôle capital. Merci à tous pour les sacrifices, soutien et volonté de faire de moi un homme à la hauteur de vos espérances. Ce modeste travail est le vôtre et vous honore.

**Puisse le Seigneur notre Dieu vous accorder longue vie afin que nous profitons de vos sages conseils.**

**A mes tantes : Mme B. J. Bouwedi, A. Kouelet, Mme B. J. Biyogou, Feue A. Niongo, A. Baghouli, A. Yondza, C. Keyi, R. Maloungui, Mme M. Mayogo alexandrine,**  
Merci pour votre soutien et tous les moments de bonheur passés ensemble. Que le Tout Puissant nous accorde le privilège de partager beaucoup d'autres choses. **Longue vie et tendre affection.**

**A ma tante G. Ikoula,**  
En ce jour j'ai le plaisir de te dédier ce travail fruit de tes sacrifices, de ton soutien inlassable. Tu nous as appris à prendre la vie du bon côté car c'est comme une compétition, parfois on gagne, parfois on perd, l'essentiel c'est la capacité à se relever. Trouve ici le témoignage de mon affectueux attachement. **Que le Seigneur t'accorde longue vie.**

**A mon Fils Moussialy Nkouambat W. A,**  
Mon trésor, dès ta naissance mon fils, si beau, si fragile dans mes bras je t'ai submergé de bisous, je t'ai dorloté j'ai accueilli tes sourires et tes pleurs et la joie que tu m'as donnée est ma plus grande fierté. Tu m'es tout, mon amour, mon espoir ma fierté. En toi je découvre mon humanité celle de la fraternité la charité et l'espérance. **Je t'aime mon fils que le Seigneur guide tes pas.**

**A ma sœur, mes frères, mes cousins et cousines,**  
Je me garde de citer des noms pour ne pas en oublier. Merci pour les moments partagés ce travail est le votre.

**Puisse l'Eternel nous unir chaque jour davantage.**

**A mes Papa : Feu E. Boupana, S. Mambenda, A. Boussengue,**  
Votre attention et votre affection sans faille à mon endroit n'ont pas d'égal. Merci pour le soutien et les conseils. **Sincère reconnaissance.**



**A mes chères belles tantes,**

Je me garde de citer des noms pour ne pas en oublier. Compréhension, disponibilité, attention et soutien ne m'ont jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement. **Tendre affection.**

**A ma chérie Dr Nyangui Bouassa Mweste,**

En ce jour j'ai l'immense joie de te témoigner mon attachement et mon amour. Nous avons partagé l'angoisse des examens, le stress des résultats et la joie de la réussite. Merci pour l'affection et la complicité, malgré la distance nous sommes restés unis. Merci pour tes appels et tes affectueux messages dans lesquels j'ai souvent puisé l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ce travail. Tu m'a donné ce qu'il y a de plus précieux au monde, je t'en serai reconnaissant, trouve ici la satisfaction du fruit de l'effort commun. **Restons toujours unis et attentionnés.**

**A mes neveux et nièces,**

Je me garde de citer des noms, pour certains je n'ai pas eu la chance d'assister à leur naissance mais j'ai toujours partagé la joie et vécu ces moments en communion avec la famille. Je vous souhaite plein succès et vous assure mon soutien.

**A ma marraine Mbolo Luce Solange,**

Chère marraine merci pour encadrement religieux que j'ai bénéficié auprès de toi. Malgré ton retour au Gabon nous sommes restés unis tu m'as toujours soutenu par tes appels.

**A la famille Moussa Tounkara,**

Les mots ne suffiront certainement pas pour vous témoigner ma gratitude. Merci pour l'accueil, l'hospitalité, la générosité, la fraternité. Avec vous je me suis senti chez moi. **Profonde gratitude.**

**A la population du village Lémengué,**

Je vous remercie de l'encadrement et du soutien mutuel.

**Aux personnels du CSRéfCII,**

Merci pour l'hospitalité, le soutien et l'encadrement vous avez été une famille pour moi, ce travail est le votre. **Puisse le Seigneur dans sa bonté vous récompenser.**

**A l'ensemble des membres de l'ASSESGAM,** merci

## REMERCIEMENTS

- **A tous ceux qui de près ou de loin** m'ont aidé à la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.
- A mon pays le **Gabon**, Chère patrie en m'octroyant la bourse d'étude tu as facilité ma formation. L'Union la Justice et la Paix est ta devise pour un vert jaune bleu plus haut et plus fort.
- A ma terre d'accueil le **Mali** et son **peuple**, Terre de grande civilisation, d'hospitalité j'ai beaucoup appris durant ces années. **Merci**
- A mon oncle Mr Moukendi Aloïse, en ce jour j'ai la joie de te présenter ma profonde reconnaissance et vifs remerciements. Durant ces années tu as été toujours à mes côtés. Ton soutien, tes sages conseils, ta disponibilité, ton grand esprit de compréhension m'ont permis d'avancer. Trouve ici le fruit de ton travail.
- A ma tante Bouwedi Jeanne, je ne peux traduire en quelque ligne notre complicité et mon attachement à toi ma tante chérie comme tu aurais bien voulu être à mes côtés. Merci pour ta bénédiction et tes prières qui m'ont accompagné durant mon séjour au Mali. Accepte ce travail en témoignage de toute mon affection.
- A mon oncle Chéyi René, tu as tout donné pour ma réussite, ton attention et ton affection sans faille à mon endroit n'ont pas d'égal c'est grâce à toi que j'ai pu poursuivre mes études sans difficulté. Puisse le Seigneur notre Dieu te donner une longue vie et à moi la volonté de la reconnaissance.
- A ma tante Kouelet Alice, Merci chère tante pour tes sages conseils et ton soutien. Que le Seigneur notre Dieu nous donne des lendemains meilleurs.
- A tante Keyi Clarisse, chère tantine tu m'as affectueusement soutenu tout au long de mes études. J'ai toujours bénéficié de tes sages conseils qui m'ont permis d'avancer. Les mots me manquent pour t'exprimer mes sentiments. Puisse cette thèse être le témoignage de mon affection et de mon respect.
- A ma tante Niongo Angélique, j'aurai voulu que tu sois parmi nous ce jour pour partager cette joie. Mais le destin en a décidé autrement. Tu resteras à jamais dans mon cœur. Paix éternelle à ton âme
- A ma sœur Marjolaine Boupana et son ami Simon, chère sœur pendant ces années à l'extérieure tu as été cette oreille attentive, tu as partagé mes peurs et mes craintes. Tu m'as souvent remonté le moral. Merci chérie
- A ma cousine Nenet Flore, affectueusement je t'appelle ma fille, chère cousine ta gentillesse, ta disponibilité, ton attachement à la famille font de toi un exemple.
- A la famille Fabien Kambangoye, Claude «Vox», la famille Maxime, Merci pour les moments passés ensemble et de l'encadrement.

- A mes cousines Nicole, Valérie, Carole, Hermine, merci chères sœurs restons unis.
- A Pampu, Mauril, Arnaud, Gynesco, Harold, Brice, Zéphyrin, Anor
- A ma cousine Irène : loin des parents nous nous sommes serrés les coudes. Ce travail est le fruit de nos efforts et de notre aide mutuelle. Plein succès pour la suite.
- A ma chérie Frange, Merci pour les moments partagés ton caractère force l'admiration reste comme telle. Plein succès à tes études.
- A Ernestine Nziengui, Tantine Eliane, la famille Bouassa, Hytou et Maïthé, Merci pour la gentillesse et les agréables moments passés auprès de vous.
- A mes aînés : Saturnin M, J. Hilaire, J Bernard, Abel, Olivier, Bernard L, Florentin D, Garhys, J. Christophe, Zéphyrin B, Isidore kouède.....
- A mes frères de la Dix, ce travail est le notre.
  
- A mes aînés, cadets et amis de BKO : Dr Youssouf, Blaise W, Bernard P, Dr Ange M, Dr Aaron H, Gabin, Alain B, Christian M, Etienne B, Laurent C, Nestor, Dr Brice E, Dr Marvine, Martial, J Paul, Constant, Reno P, Eric B, Léandre, Hery, Jacques, Romarick, Ken, Jeffrey, Obertin.....
- A mes frangines et amies de Bamako : Dr Reine A, Dr Notthurge D, Dr Gisèle O, Dr Béatrice M, Dr Lewis C, Dr Marjorie, Dr Diane, Linda, Ivy, Axelle, Léonie, Sandrine, Grâce, Sabrina, Morielle, Viviane, Dr Ruth, Dr Ami, Fatou, Adisa, Christelle, Rita .....
- A tous **mes enseignants** du primaire et secondaire, Merci pour la qualité de l'enseignement dont nous avons bénéficié.
- Au personnel **administratif**, de la **bibliothèque** et à tous les **enseignants** de la **FPMOS**, Merci pour la rigueur scientifique que vous nous avez transmis et de l'encadrement que nous avons bénéficié tout au long de notre formation.
- Au **Professeur Sy Assitan Sow**, Honorable maître, la grande faculté d'écoute, le souci du travail bien fait, l'assiduité, le courage, la probité, l'intégrité, le sens élevé de la responsabilité et la générosité sont des qualités irréfutables que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Vous avez élevé mon amour de l'obstétrique. Soyez assurée chère maître de notre sincère attachement et notre profonde admiration. Merci tantine.
- A tout le personnel du **CSRef CII** particulièrement aux **DES**, Dr Diakaridia Koné, Dr Diaby, Dr Macalou, Dr Fomba, Dr Drabo, Dr Oueloguem, Dr Traoré Dou, Dr Bocar Koné, Dr Coulibaly, Dr Traoré Karim. Aux **Médecins généralistes**, Dr Traoré Lamine, Dr Guindo. **Sages femmes** : Sangaré Oumou Coulibaly, Penda, Draba Marie, Henriette, Benkaly, Araba ... Merci pour la formation reçue à vos cotes que le Seigneur guide vos gestes pour le bien-être foeto-maternel. Merci infiniment pour tout.

- Au DES Diakaridia Koné, merci cher aîné, auprès de toi j'ai fait mes premier pas en médecine au centre de santé l'ASSACODJIP à Djicoroni Para. J'ai bénéficié de ton encadrement et de ton soutien au CSRef CII et je ne cesserai d'être reconnaissant pour tes conseils. Ce travail est le notre. Courage pour la suite de ta carrière cher aîné.
- Au Dr Kébé Mamadou, nous avons fait notre connaissance au centre santé ASSACODJIP, tu as été un ami, un grand frère pour moi. Ta franchise, ta simplicité font de toi un ami pas comme les autres. Profonde Sympathie.
- Aux communautés estudiantines de FMPOS : Gabonaise, Malienne, Congolaise, Togolaise, Ivoirienne, Camerounaise, **Merci**
- Aux pères Jean Pierre Bondue et Gérard Ballack.
- A mes amis de la garde au CSRef CII : Dr Thierry, Sagara, Thiam, Fofana, Moussa, Fané, Togola.....
- Aux anciens thésards du CSRef CII
- A la promotion des thésards 2008 du CSRef CII
- Au personnel de Pédiatrie de l'hôpital régional Paul Moukembi
- Au personnel de l'ASSACODJIP
- A la communauté Gabonaise au Mali

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Bouraima Maïga,**

- Maître assistant en Gynécologie et Obstétrique à FMPOS,
- Chef de Service de Gynécologie et d'obstétrique au centre hospitalier universitaire Point G,
- Chevalier de l'ordre national du Mali

### **Cher Maître,**

- La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de porter un regard critique sur ce travail nous a profondément touché.
- Votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogue expliquent toute l'admiration que nous éprouvons à votre égard.
- Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité.

**Trouver ici l'expression de notre grande estime**

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Samba Touré,**

- Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique,
- Chef de Service adjoint de Gynécologie et d'obstétrique au centre hospitalier universitaire Point G,
- Enseignant à l'institut national de formation en sciences de la santé

### **Cher Maître,**

- Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'amélioration de la qualité de ce travail.
- Nous avons été touché par la gentillesse avec laquelle vous nous avez reçu.

**Cher Maître, recevez nos sentiments de respect et de reconnaissance.**

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

### **Professeur Sy Assitan Sow,**

- Professeur titulaire de Gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS,
- Chef de Service de Gynécologie et d'obstétrique du CSRef CII,
- Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'obstétrique,
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

### **Honorable Maître,**

- Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail, et pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard.
- Nous vous exprimons toute notre reconnaissance. Le temps passé à vos côtés nous a permis de découvrir en vous une personne de grandes qualités scientifiques et humaines.
- Votre soutien, vos conseils, votre compréhension et votre modestie nous ont permis de réaliser ce travail.
- Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect.

**Nous souhaitons que le Tout Puissant vous accorde longue et heureuse vie afin que les générations futures puissent bénéficier de votre savoir.**

## **ABREVIATIONS :**

- BDCF** : Bruit du Cœur Foetal,  
**CHU GB** : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré,  
**CSRéfCII** : Centre de Santé de Référence de la Commune II,  
**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire,  
**CUD** : Contraction Utérine Douloureuse,  
**DS** : Déroit Supérieur,  
**HTA** : Hypertension Artérielle,  
**IV** : Intra-veineuse,  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé,  
**RCIU** : Retard de Croissance Intra-utérin,  
**RPM** : Rupture Prématuration des Membranes,  
**RSM** : Rupture Spontanée des Membranes,  
**SFA** : Souffrance Foetale Aiguë,  
**SIGA** : Sacro-Iliaque Gauche Antérieur,  
**SIDA** : Sacro-Iliaque Droit Antérieur,  
**SIGP** : Sacro-Iliaque Gauche Postérieur,  
**SIDP** : Sacro-Iliaque Droit Postérieur,  
**SIPT** : Sacro-Iliaque Postérieur Transversal,  
**VME** : Version par Manœuvre Externe,



## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>OBJECTIFS</b>	3
<b>GENERALITES</b>	
I. Définition	4
II. Modalités	4
III. Historique	7
VI. Fréquence	8
V. Etiologies	9
VI. Diagnostic	13
VII. Accouchement	18
VIII. Particularités physiologiques	25
IX. Anomalies de l'accouchement	26
X. Pronostic	28
XI. Conduite à tenir	33
<b>METHODOLOGIE</b>	
I. Cadre d'étude	44
II. Type d'étude	47
III. Population d'étude	47
IV. Echantillonnage	47
V. Variables Etudiées	48
VI. Matériels d'étude	49
<b>RESULTATS</b>	51
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	84
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	96
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	97
<b>ANNEXE</b>	

## INTRODUCTION:

La présentation du siège est également appelée présentation podalique. Dans cette présentation longitudinale, l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur (DS) alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [1]. Deux formes anatomiques se distinguent suivant la position intra-utérine du fœtus: le siège complet lorsque le fœtus est assis en « tailleur » avec les membres inférieurs repliés en flexion et le siège décompleté quand les membres inférieurs du fœtus sont relevés devant le tronc avec des jambes en extension [2]. L'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie de 3 à 4,2 % [3]. En Afrique l'incidence varie de 1,52 à 5,4% [4]; et au Mali, elle est de 1,2 et 2,74% [5; 6]. L'accouchement en présentation du siège est théoriquement eutocique puisque les principaux diamètres du fœtus sont compatibles avec ceux de la filière pelvigénitale, néanmoins cette eutocie est moins assurée que celle du sommet. En effet l'accouchement du siège présente un risque de mortalité et de morbidité foeto-maternelle élevé à cause de son caractère potentiellement dystocique. La prévention de ces risques de mortalité et morbidité foeto-maternelle passe nécessairement par la connaissance des conditions permettent le choix de la voie d'accouchement. Les statistiques notent que la mortalité périnatale globale est de 4,2% tandis que la morbidité foetale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle [7]. Contrairement à la présentation du sommet, la conduite à tenir face à la présentation du siège reste toujours l'objet de grandes divergences empêchant ainsi de définir une attitude thérapeutique standard. La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatale n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège. Elle est de plus en plus considérée comme dystocique ainsi aux Etats-Unis la césarienne est systématiquement préconisée dans l'accouchement du siège [8]. D'autres par contre pensent que bien surveillé et bien conduit, l'accouchement du siège reste un accouchement eutocique. Ces divergences empêchent de définir une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège.

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

L'absence d'étude antérieure sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé cette étude.

## **Objectif général:**

Etudier l'accouchement du siège à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

## **Objectifs spécifiques:**

- 1) Déterminer la fréquence de l'accouchement de nouveau-nés vivants en présentation du siège;
- 2) Décrire le profil sociodémographique des parturientes ;
- 3) Rapporter la conduite à tenir dans la présentation du siège;
- 4) Evaluer le pronostic foeto-maternel de l'accouchement du siège;
- 5) Formuler des recommandations pour l'amélioration du pronostic foetal dans la présentation du siège.

## I. DEFINITION:

La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact direct avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [1]. Cette présentation est théoriquement eutocique mais celle-ci est moins assurée que lors de la présentation du sommet considéré comme meilleur pronostic.

## II. MODALITES:

On décrit deux formes anatomiques principales qui se distinguent selon la position intra-utérine du siège: le siège complet et le siège décompleté

### II.1 : Le siège complet:

Dans la présentation du siège complet les membres inférieurs sont repliés, 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 devant la présentation, dont ils font parties, augmentent ses dimensions. Il est considéré comme dystocique et constitue une indication de la voie haute au USA [9]. Le siège complet est moins fréquent et représente moins de 1/3 de cas [1].

**Figure 1:** Présentation du siège complet avant travail en SIDP



**Source:** [www.who.int/reproductivehealth/mcpc\\_fr/symptomes/tableau\\_s12.html](http://www.who.int/reproductivehealth/mcpc_fr/symptomes/tableau_s12.html)

**Figure 2:** Présentation du siège complet avant travail en SIGT



**Source:** Précis d'Obstétrique par R.Merger, J.Levy, J.Melchior, 6<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2004 Page 185

## **II.2: le siège décomplété:**

### **II.2.1: Le siège décomplété mode des fesses:**

Les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyperfléchies sur le bassin, ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale. Les fesses sont à elle seule la présentation. C'est le plus fréquent 2/3 des cas [1].

**Figure 3:** Présentation du siège décomplété mode des fesses en SIDP.

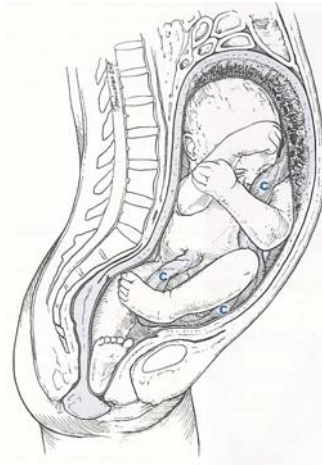


**Source:** [www.who.int/reproductivehealth/mcpc\\_fr/symptomes/tableau\\_s12.html](http://www.who.int/reproductivehealth/mcpc_fr/symptomes/tableau_s12.html)

### II.2.2: Le siège décomplété mode des pieds:

Modalité moins fréquente voir exceptionnelle où le fœtus est debout dans utérus [1].

**Figure 4:** Présentation du siège décomplété mode pieds avant le travail

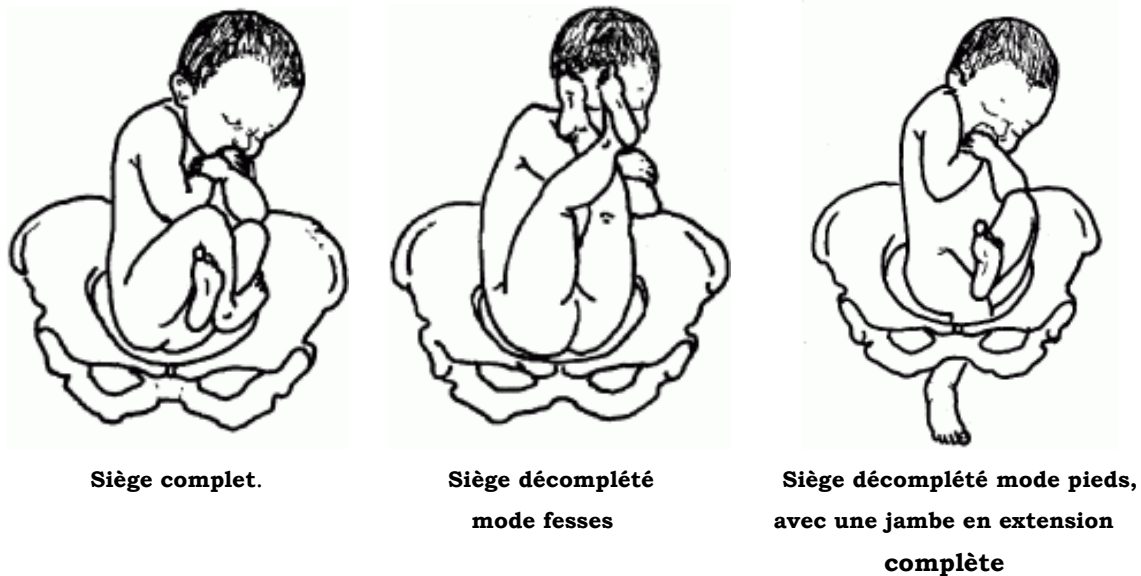


**Source:** [www.who.int/reproductivehealth/mcpc\\_fr/symptomes/tableau\\_s12.html](http://www.who.int/reproductivehealth/mcpc_fr/symptomes/tableau_s12.html)

### II.2.3: Le siège décomplété mode des genoux:

Modalité rare appelé «foothing breech» par les auteurs américains où le fœtus a ses membres inférieurs semi-fléchis sous le siège constituent une source de complications [1]. Il est de mauvais pronostic.

**Figure 5:** Différents modes de présentations du siège avant le travail.



**Source:** [www.who.int/reproductivehealth/mcpc\\_fr/symptomes/tableau\\_s12.html](http://www.who.int/reproductivehealth/mcpc_fr/symptomes/tableau_s12.html)

### III. HISTOIRIQUE:

L'histoire de l'accouchement du fœtus en présentation du siège est aussi vieille que l'humanité. Elle peut être divisée en quatre grandes périodes:

- La période de la primauté à l'accouchement par voie basse : 1550 – 1958,
- La période de la priorité à l'accouchement par césarienne : 1959 – 1979,
- La période du retour à la primauté de la voie basse : années 1980,
- La période de divergences et des débats entre les partisans de la voie haute systématique et ceux qui s'y opposent : de la fin des années 1980 à nos jours.

**Hippocrate** explique l'accouchement céphalique normal par les mouvements du fœtus. Poussé par la faim, le fœtus 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 (version par manœuvre externe).

**Ambroise Paré**, en 1550, recommande la version podalique

**François Mauriceau**, en 1668, décrit la manœuvre du dégagement de la tête dernière.

**Jacques Mesnard** en 1743 et **Smellie** en 1748 utilisent le forceps pour terminer l'extraction de tête dernière.

**Marie-louise la chapelle**, en 1821, sage-femme du roi, codifie l'accouchement du siège: « l'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent, à la tentation d'agir qui existe naturellement et la facilité apparemment offerte par la disposition des parties du fœtus ».

Au début du **XX<sup>e</sup>** siècle la plupart des auteurs estiment la présentation du siège justiciable d'une intervention obstétricale:

**Lovset**, en 1937, propose l'abaissement prophylactique du pied, la grande extraction et le dégagement des bras.

**Bracht**, en 1938, 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 foetale au cours des présentations du siège ».

Les auteurs **Nancéens Vermelin** et **Ribon**, en **1948**, défendent une abstention encore absolue. A leur suite, on se montre beaucoup moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et pour lequel on continua de pratiquer des gestes d'accompagnement.

**R.C. Wright**, en **1959** aux Etats-Unis, présente la « césarienne systématique » comme le moyen de réduire la mortalité périnatale.

**Kubli**, en **1975** en Allemagne, soutient que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose survenant lors de l'expulsion par voie basse.

Il précisa le manque de données sur l'acidose foetale et les séquelles lointaines sur l'enfant. Il exprime des réserves quant à l'influence de la voie d'accouchement sur la survenue des séquelles chez l'enfant.

Les années 1980 sont marquées par le retour des défenseurs de la voie basse:

**Collea**, en **1980**, relève un taux de morbidité maternelle de 49,3%. Il défend la voie basse dans certains cas sélectionnés avec un minimum de risque pour la mère et l'enfant.

**Gimovsky**, en 1983, prône l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison d'une morbidité néonatale comparable.

**Bodmer et coll.** en 1998 font une étude sur le siège prématuré et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas la condition des enfants, sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhée ou moins [6].

#### **IV. FREQUENCE:**

Moins fréquente que les présentations céphaliques, les présentations du siège représentent en moyenne 3 à 4% des accouchements. Toutefois, il est important de souligner que la fréquence de la présentation du siège varie en fonction du terme de la grossesse [1]. Plus l'accouchement est prématuré, plus la fréquence des présentations du siège est élevée [1]. Robert Merger et collaborateurs, sur 80000 accouchements, observent 3123 présentations du siège, soit 3,9%.

## **V. ETIOLOGIE:**

L'hypothèse de la «culbute physiologique» est fréquemment employée pour expliquer la fréquence des accouchements céphaliques. Le fœtus, animé de ses mouvements propres, cherche à s'accommoder de la meilleure façon à l'utérus gravide. Il place donc sa plus grosse extrémité dans la portion la plus volumineuse de l'utérus gravide, c'est-à-dire le fond utérin.

Dans la présentation du siège, la loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise en défaut.

Si au début du troisième trimestre c'est le pôle céphalique qui représente la portion fœtale la plus volumineuse, avec l'avancement de la grossesse c'est le siège qui le devient. 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. Ceci explique la fréquence accrue des fœtus en présentation du siège en cas de prématurité. Le plus souvent, le fœtus en siège culbute en céphalique au 7<sup>e</sup> mois. Diverses situations peuvent favoriser la persistance de la présentation podalique.

Les grandes causes de la présentation du siège sont : maternelles, ovulaires, et fœtales. Ce pendant, dans plus de la moitié des cas aucune anomalie n'est retrouvée pour expliquer ce type de présentation [11].

### **V.1: Causes maternelles:**

Parmi les différents facteurs maternels favorisant la présentation du siège on note: les causes congénitales et acquises.

#### **V.1.1: Causes maternelles congénitales:**

L'hypoplasie utérine avec l'utérus cylindrique et les malformations utérines constituent les causes congénitales favorisant la présentation du siège.

•**L'hypoplasie utérine avec l'utérus cylindrique et hypertonique** s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses.

• **malformations utérines** (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) : ces malformations modifient les axes intra-utérins et favorisent les présentations podaliques récidivantes. L'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les relever [10].

### **V.1.2: Causes maternelles acquises:**

Les causes maternelles acquises sont représentées par: l'hypotonicité utérine de la multipare; la primipare âgée avec utérus hypertonique; les tumeurs intrinsèques et extrinsèques; les rétrécissements transversaux du bassin.

• **L'hypotonicité utérine de la multipare:** elle favorise les sièges complets. En fait, le siège décomplété reste la présentation podalique la plus fréquente chez la multipare (Vermelin et Ribon).

• **La primipare âgée avec utérus hypertonique:** est une candidate au siège décomplété.

• **Les tumeurs extrinsèques:** telles que les fibromes, déforment la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres utérines, favorisant ainsi la présentation podalique.

• **Les tumeurs intrinsèques:** telles que kystes ovarien par exemple.

• **Les rétrécissements transversaux du bassin:** dont l'influence semble plus théorique que constatée en pratique.

### **V.2: Causes ovulaires:**

Les causes ovulaires sont dues aux anomalies des éléments constituant l'œuf, ce sont : le liquide amniotique, le cordon ombilical, le placenta.

#### **V.2.1: Anomalies du liquide amniotique:**

Les anomalies du liquide amniotique sont représentées par l'hydramnios et l'oligoamnios.

• **L'hydramnios:** gêne toute accommodation.

• **l'oligoamnios:** quant à elle s'oppose à la culbute du fœtus.

#### **V.2.2: La brièveté de la portion libre du cordon:**

La brièveté de la portion libre du cordon peut également empêcher les mouvements fœtaux.

### **V.2.3: le placenta bas inséré:**

Le placenta bas inséré peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale.

### **V.3: Causes fœtales:**

Les causes fœtales regroupent: la dolichocéphalie primitive, l'hyper-extension de la tête et surtout les anomalies et malformations congénitales. La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège [5]. Ces anomalies affectent soit la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeur) soit son activité (spina-bifida, myéломéningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18, luxation congénitale des hanches).

#### **V.3.1: Les hydrocéphalies:**

Caractérisées par la tête qui est plus volumineuse que le pôle pelvien: elles se présentent souvent par le siège conformément à la loi d'accommodation. La modalité de la présentation dans ce cas est soit le siège complet, soit le siège décomplété [10].

La fréquence de malformation mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique.

Les auteurs américains en particulier considérant cette fréquence et celle des morts in utero, suggèrent que dans nombre de présentations du siège, le fœtus serait de «moindre qualité» [12].

Ceci entraînerait une diminution de l'activité fœtale, cause de l'absence de mutation spontanée et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations du sommet. De même, elle pourrait expliquer les séquelles mineures décrites chez les enfants nés par le siège [10]. Plusieurs éléments expliquent cette possible notion de fœtus de «moindre qualité» que sont:

- Le poids fœtal:** lorsque celui-ci est inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation du sommet;
- La position du fœtus:** est un facteur prédictif des lésions neurologiques anténatales sévères;

**Les déficits en GH** (hormone de croissance) idiopathique significativement associés à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [13, 14].

### **V.3.2: Hyperextension de la tête dernière:**

Elle est l'une des conséquences de la présentation et fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. Elle résulte d'une hyperlordose de la colonne cervicale. La face regarde vers le haut et la nuque vient au contact du dos.

Elle fut initialement considérée comme une particularité ne contre indiquant pas la voie basse. Mais très vite on lui reprochait certaines lésions médullaires observées à la suite de l'accouchement par le siège [15, 16].

Elle fait courir un risque considérable au fœtus en cas d'accouchement par voie basse puisqu'il semble que ce sont les contractions utérines du travail qui accentuent l'hyperextension et causent des lésions médullaires telles que: sections médullaires complètes ou incomplète, des hémorragies cérébro-méningées et des décès par asphyxie.

Aucune lésion grave n'est signalée dans l'accouchement par césarienne avec la tête en hyperextension.

A côté de ce risque considérable pour le fœtus en cas d'accouchement par voie basse, des lésions peuvent se constituer in utero: (l'élongation médullaire et la fracture vertébrale). Ces lésions ont été observées chez les enfants nés par césarienne [5].

West Green considère que toute déflexion dépassant la «Military attitude» risque d'être dangereuse et préconise qu'avant d'intervenir l'on s'assure par un double contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail.

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 aucune cause précise.

## **VI. DIAGNOSTIC:**

Le diagnostic de la présentation du siège doit être effectué avant le travail pour éviter les interventions malheureuses et réduire la morbidité et la mortalité foetale. Si la clinique est parfois difficile, l'échographie du troisième trimestre permettra de faire le diagnostic, tout en recherchant la cause favorisante.

### **VI.1: Diagnostic pendant la grossesse:**

Le diagnostic de la présentation podalique au troisième trimestre de la grossesse doit être fait avant le début du travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement.

#### **VI.1.1: Interrogatoire:**

L'étude des antécédents obstétricaux peut relever une ou plusieurs présentations du siège au cours des accouchements antérieurs et l'existence d'une gêne voire d'une douleur sous-costale droite. La notion de fibrome utérin préexistant à la grossesse, peut également être connue.

#### **VI.1.2: Examen clinique:**

##### **VI.1.2.1: Inspection:**

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

##### **VI.1.2.2: Palpation:**

Le palper bimanuel montre que le pôle foetal situé au dessus du détroit supérieur est assez volumineux. Les contours sont irréguliers et fermes sans être dures, non ballotants, non surmontés d'un sillon quand le siège est complet.

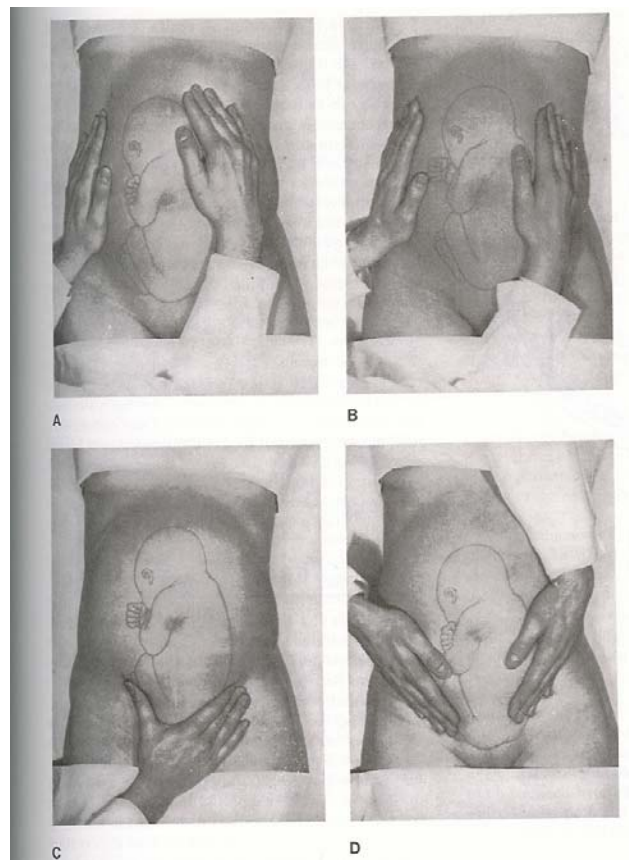
Le siège décomplété, est moins accessible, moins volumineux, plus rond, plus ferme. Il est parfois difficile de faire la différence avec un pôle céphalique.

Le pôle fœtal au niveau du fond utérin est dur et régulier, la tête fœtale peut se déplacer facilement et donner un ballotement.

La palpation bimanuelle révèle 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, ce qui confirme 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 décompleté.

**Figure 6:** Diagnostic de la présentation du siège à la palpation.

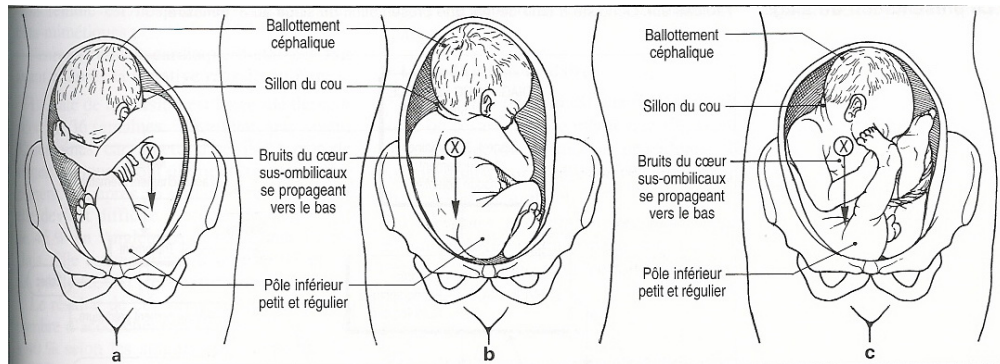


**Source :** Williams Obstétrique

### VI.1.2.3: Auscultation:

L'auscultation cardiaque fœtale met en évidence un foyer maximum des bruits cardiaques du fœtus est en dehors de l'ombilic et un peu au-dessus de lui.

**Figure 7:** Auscultation cardiaque fœtale lors de la présentation du siège



**Source:** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

#### **VI.1.2.4: Le toucher vaginal :**

Le toucher vaginal permet d'apprécier le degré d'ampliation du segment inférieur mais est décevant quant à d'éventuelles précisions sur la présentation, car l'excavation pelvienne est souvent vide.

#### **VI.1.2.5: Signes radiologiques :**

La radiographie du contenu utérin, ou mieux l'échographie permettent de confirmer la présentation podalique dans certains cas où la clinique devient peu contributive: patiente obèse, paroi épaisse, hydramnios importante, utérus tendu. Elles peuvent guider le recueil des facteurs pronostiques pour décider la voie d'accouchement.

**Figure8:** Diagnostic radiologique d'un siège complet avant le travail



**Source:** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001



## **VI.2: Diagnostic durant le travail:**

### **VI.2.1: Diagnostic à membranes intactes:**

Pendant le travail le diagnostic est clinique, obtenu grâce au toucher vaginal. Ce pendant, l'examen doit être prudent en cas de présence d'une poche des eaux intacte qui est l'élément majeur dans la dilatation cervicale et dont on évitera la rupture avant 6 et 8 cm de la dilatation. Il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions:

- Une présentation molle, sans sutures ni fontanelles, présentant un relief osseux à 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.

### **VI.2.2: Diagnostic après rupture des membranes:**

Après rupture des membranes le diagnostic est plus facile, le toucher vaginal confirme facilement le diagnostic et précise le mode et la variété de position [5]. On perçoit une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier centré par un orifice (l'anus).

A l'une des extrémités du sillon, il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et de la pyramide sacrée reconnaissable par ses saillies osseuses en chapelet, le sacrum, repère de la présentation, dont la situation par rapport au détroit supérieur détermine la variété de la position.

A l'extrémité du sillon, on peut percevoir les organes génitaux et des pieds en cas de siège complet situé entre le siège et la paroi pelvienne.

Dans le cas d'un fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli inter-fessier [5].

En cours de travail la déflexion de la tête foetale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie [3].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec:

- Une présentation du sommet déformé par une volumineuse bosse séro-sanguine;
- Une présentation de la face surtout lorsqu'elle est fortement tuméfiée;

- Une anencéphalie.

On peut faire recours à l'échographie ou à la radiographie, même pendant le travail lorsque les conditions le permettent [3].

Pour la précision de la variété de la position, le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli interfessier [14].

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:**

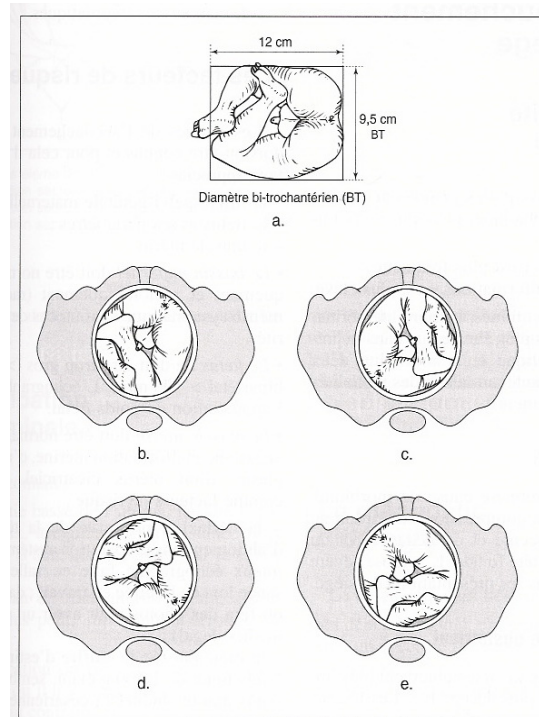
- sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP)

Le pied antérieur correspond à la hanche la plus rapprochée de la symphyse pubienne et le pied postérieur à la hanche la plus proche du sacrum maternel.

Par ordre de fréquence décroissante on distingue:

- Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA),
- Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP),
- Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP),
- Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA) [3].

**Figure 9:** Variétés de présentation du siège complet



**Source:** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

## VII. L'ACCOUCHEMENT:

### VII.1: Phénomène mécanique:

Alors que, dans les présentations céphalique, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège [17]: 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 pour sa part, engagement, descente et rotation, dégagement [18]. Une autre particularité est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelle. Enfin, la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc à la tête dernière dont la compatibilité avec le bassin doit être correctement estimée sous peine d'une dystocie, qui n'est toujours pas réductible par les manœuvres même bien conduites.

La conception moderne du déroulement de cet accouchement repose sur trois principes:

- Le mobile foetal doit constituer un «bloc homogène» auquel l'attitude en flexion de la tête et du tronc et l'accolement des membres permettent de parcourir la filière pelvigénitale sous ses plus petits diamètres. Que la grosse extrémité du mobile se situe en arrière ne semble pas préjudiciable.

Au moment de l'engagement puis de la progression des épaules et de la tête dernière, «celle-ci étroitement coiffée par l'utérus, agit comme une rotule de propulsion intercalée entre la puissance motrice du myomètre et la résistance opposée par le massif scapulo-thoracique». La tête tend à rentrer dans les épaules, ce qui renforce le degré de solidarisation entre ces éléments et le caractère eutocique.

- L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour ; ses différentes étapes sont intriquées, se commandent les unes et les autres et se font presque simultanément.

- Le caractère aléatoire de cet accouchement ne peut être éliminé puisque l'homogénéité du bloc foetal est à la fois la condition et la conséquence de son bon déroulement.

## **VII.2: Accouchement du siège:**

Le diamètre bitrochantérien de dimension fixe de 9,5 cm représente le diamètre principal dans l'accouchement du siège. Les diamètres, sacrotibial dans le siège complet, et sacropubien dans le siège décomplété ont un intérêt secondaire puisqu'ils sont modulables par tassement des membres inférieurs contre le bassin foetal.

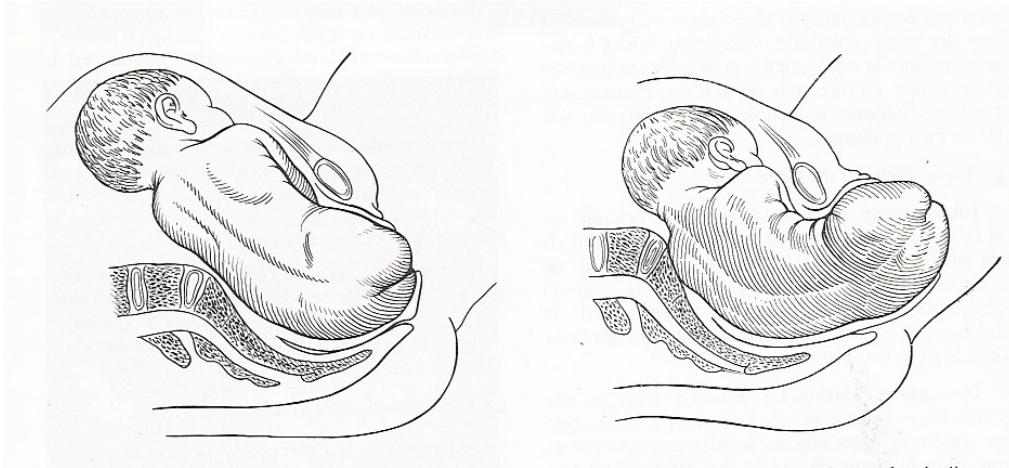
**Engagement:** L'engagement est précédé d'une rotation du siège qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (diamètre droit le plus fréquent) et s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacrotibial [5]. Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. Le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet.

**Descente et rotation:** Une fois engagé, la progression du siège dans l'excavation se décompose en une 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 bitrochantérien orienté suivant le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur de la femme [9; 19]. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure, la rotation se fait en arrière tandis que la sacro-iliaque postérieure la rotation se fait en avant La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure fœtale se cale alors sous la symphyse [10].

**Dégagement:** le dégagement du siège s'effectue généralement en sacro-transverse, où la hanche antérieure précède la hanche postérieure. La hanche antérieure se cale sous la symphyse pubienne puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire [3]. Ce mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne qui amène le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres soient libérés. Ce mouvement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est plus difficile dans le siège décompleté voire spectaculaire car les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc empêchent l'incurvation latérale.

Le siège décompleté se dégage, en pointant vers le haut comme un monolithe. Parfois le siège continue sa descente selon l'axe ombilico-coccygien, bute contre le périnée postérieur et n'arrive à se dégager qu'au prix d'une épisiotomie.

**Figure 10:** Mécanisme de l'accouchement dans le siège : dégagement du  
siège



**Source:** Précis d'Obstétrique par R.Merger, J.Levy, J.Melchior, 6<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2004 Page 190

### **VII.3: Accouchement des épaules:**

L'accouchement des épaules se compose de l'engagement, la descente et la rotation et le dégagement.

**Engagement:** l'engagement des épaules est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur:

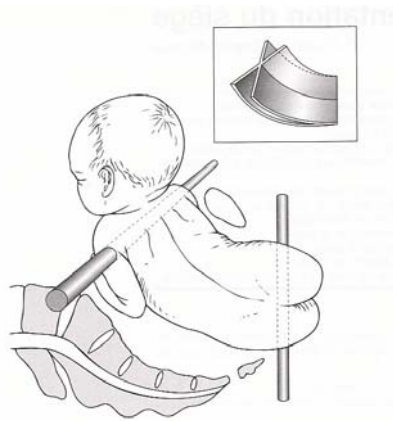
Soit dans le même que celui qu'a emprunté le bitrochantérien, celui-ci ayant fait hors la vulve un mouvement de restitution en arrière.

Soit dans le diamètre oblique opposé lorsqu'il s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement de spire qui amènera le dos en avant [3].

**Descente et rotation:** la descente et la rotation sont simultanées ou successives. La rotation amène le diamètre bi-acromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur [3].

**Dégagement:** les épaules se dégagent en transverse successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre de la vulve pendant que le dos s'oriente en avant.

**Figure 11:** Mécanisme de l'accouchement des épaules dans le siège



**Source:** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

#### **VII.4: Accouchement de la tête dernière:**

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 [15]. L'accouchement de la tête dernière comprend: l'engagement, descente et rotation et le dégagement.

**Engagement:** le diamètre d'engagement de la tête sera imposé par le diamètre bi-acromial [15]. Il s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, occiput en avant, elle s'engage fléchie [3].

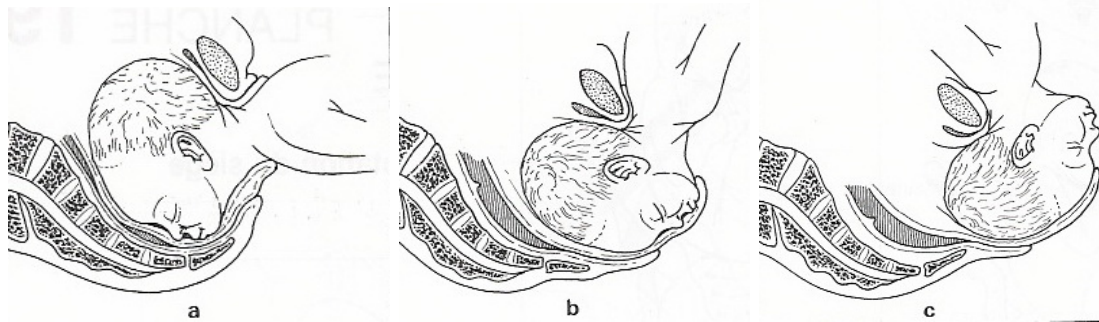
**Descente et rotation:** la descente de la tête dans l'excavation s'effectue par rotation afin d'obtenir une présentation en occipito-pubienne (OP), où le sous-occiput fœtal se place sous la symphyse.

**Dégagement:** le sous-occiput prend appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement, la face, le front, le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure.

On doit considérer un siège comme un mobile fœtal complètement solidaire et homogène qui traverse la filière sous ses plus petits diamètres. Le dégagement périnéal du siège s'effectue en même temps que l'engagement des épaules du fœtus au niveau du détroit supérieur. Ainsi, le déroulement

de l'accouchement d'un siège se fait selon une phase continue sans à-coups, sans arrêt, ni retour [20].

**Figure 12:** Accouchement de la tête dernière dans la présentation du siège



**Source:** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

## VII.5: Phénomènes dynamiques et plastiques:

### VII.5.1: Phénomènes dynamiques:

La dilatation lors de la présentation du siège se fait aussi rapidement et régulièrement que dans les présentations du sommet [14 ; 19].

Les anomalies de la dilatation du col marquent parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. Mais en règle la lenteur de sa dilatation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège.

Elle est l'expression soit d'une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit d'une dystocie mécanique qu'il importe de préciser [14].

L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décompleté, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet [3]. La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation [3].

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 menton s'accroche le plus souvent au bord supérieur de la symphyse, la tête se défléchit, une dystocie grave se constitue, rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière [3]. A cette importante variété de rétention de la tête dernière il faut en ajouter deux autres:



- La rétention de la tête dans l'excavation, variété relativement anodine et facile à traiter;

- La rétention de la tête dernière au détroit supérieur qui est au contraire de la plus haute gravité est liée à une disproportion foeto-maternelle soit par excès de volume de la tête fœtale, soit par rétrécissement pelvien méconnu. La pratique systématique de la radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal devrait en éviter désormais cette redoutable complication.

### **VII.5.2: Phénomènes plastiques:**

On observe un certain nombre de déformations ou de lésions chez un nouveau-né par le siège. Les plus fréquentes 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 fœtus mal accommodé:

**Aplatissement de la voûte crânienne** qui confère un aspect dolichocéphale transitoire;

**Atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires** plus graves car elles vont persister et entraîner des séquelles nécessitant des traitements;

**Atrophie de l'angle maxillaire inférieur**, qu'accompagnent souvent un torticolis congénital ou même une paralysie faciale homolatérale due à l'attitude inclinée de la tête sur l'épaule correspondante;

**Atrophie du rebord cotyloïdien**, due à l'hyperflexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété qui entraîne une dysplasie et favorise la luxation congénitale de la hanche;

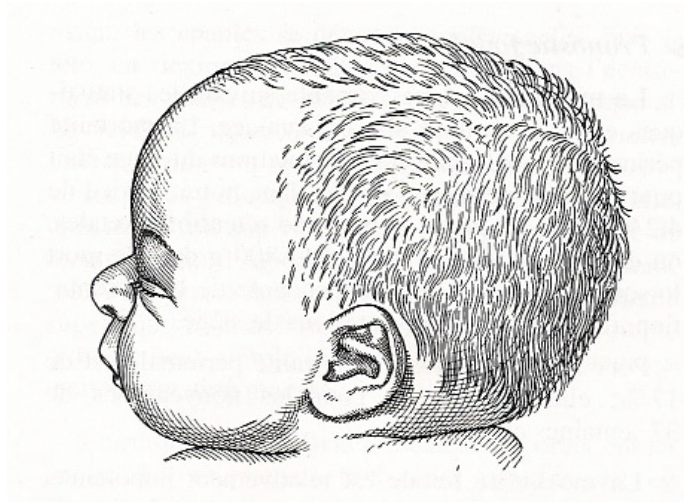
**Atrophie rétractile musculo-ligamentaire** aboutissant au pied-bot varus équin.

D'autres malformations surviennent au cours de l'accouchement et affectent l'appareil génital du fœtus: hématome des lèvres chez la fille, nécrose du scrotum chez le garçon. Ces lésions s'observent surtout en cas de siège décomplété, de rupture prématurée des membranes et de travail prolongé.

Une fréquence inhabituelle et significative d'atrophie testiculaire a été signalée par certains auteurs [21, 22]. La bosse séro-sanguine siège sur les

talons (présentation siège complet), les fesses et les organes génitaux. Il est assez fréquent d'observer une infiltration hématique du testicule et du cordon qui pourrait à son tour favoriser une torsion du testicule. Il est donc important d'examiner attentivement les bourses de tout garçon né en présentation du siège, par la palpation et la transillumination qui permet d'éliminer une hydrocèle, l'exploration chirurgicale peut être nécessaire pour faire la distinction entre torsion et simple hémorragie intra-testiculaire [22].

**Figure 13:** l'aspect de la tête lors de la présentation du siège



**Source:** Précis d'Obstétrique par R.Merger, J.Levy, J.Melchior, 6<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2004 Page 191

## VIII. PARTICULARITES PHYSIOLOGIQUES:

Dans la présentation du siège, la façon dont sont disposés le corps et les annexes du fœtus favorise les perturbations au niveau de la circulation foeto-placentaire. Les circulaires, les bretelles, les procidences du cordon, les ruptures prématurées de membranes sont rencontrés avec une grande fréquence. Lacomme avait souligné: «dès que l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve, le cordon est comprimé et les échanges foeto-placentaires sont réduits sinon interrompus». Mais les enregistrements continus du rythme cardiaque foetal ont mis en évidence deux faits 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 si fréquente que l'on compare l'accouchement du siège à une latéroprocidence du cordon.

Il est donc capital d'enregistrer de manière continue le rythme cardiaque fœtal 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 expulsive. Ces troubles associés conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même.

## **IX. ANOMALIES DE L'ACCOUCHEMENT:**

Aucun accouchement n'est sans risque en général, celui du siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies. Ces anomalies même banales revêtent une importance particulière car elles ont tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications [10].

Ces anomalies comprennent: la rupture prématurée des membranes, la dystocie dynamique, la procidence du cordon, les anomalies mécaniques pendant l'expulsion

### **IX.1: Rupture prématurée des membranes:**

La rupture prématurée des membranes est deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans le siège complet. Elle favorise les procidences des membres et/ou du cordon. Elle est souvent associée à des anomalies de la dilatation. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque Lacomme en 1956 voyait dans ce cas la mortalité périnatale doubler [23].

### **IX.2: Dystocie dynamique:**

Qu'il s'agisse d'anomalies par excès ou par défaut, elle risque de créer, en plus de leurs effets habituels, des conditions très défavorables pour l'expulsion : dilatation incomplète, contractions de médiocre qualité qui à

leur tour favorisent le relèvement des bras et la rétention de la tête dernière [22].

### **IX.3: Procidence du cordon:**

La procidence du cordon est plus fréquente surtout dans les sièges complets, chez la primipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serait de bon pronostic que dans les présentations céphaliques. Cette moindre nocivité qui était une notion classique «la compression funiculaire y est plus rare» est plus contestée par deux remarques:

- Le siège décomplété mode de fesse est aussi dangereux que le sommet;
- Dans le siège complet la bénignité n'est que relative car le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail.

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 [24].

### **IX.4: Anomalies mécaniques pendant l'expulsion:**

Dans ces anomalies mécaniques pendant l'expulsion peuvent survenir: le retard à l'engagement, 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 [25]. Un bilan préalable éliminant: les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper-extension primitive de la tête fœtale, de même l'absence de toutes interventions prématurées est nécessaire pour la réduction de ces anomalies [26].

L'accouchement par le siège reste un accouchement qui peut réserver ce genre de surprise même dans les cas les plus favorables et bien conduits. La possibilité de l'existence d'un «bras nucal» ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications telles que: l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsion néonatale nécessitent la réalisation d'une étude radiologique du fœtus en début du travail et d'indiquer une césarienne dès qu'on constate la malposition [10].

## **X. PRONOSTIC:**

La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité néonatales, n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège. De plus en plus, cette présentation est considérée comme dystocique. Du point de vue pronostic, ils ne font pas la différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare [3].

D'autres auteurs au contraire trouvent que la présentation du siège bien que moins favorable que celle du sommet reste eutocique lorsqu'elle est bien surveillée et bien conduite. Pour ces auteurs c'est un abus de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe. L'accouchement d'un siège par voie basse, si son travail est dirigé, et si son expulsion est aidée le pronostic tant maternel que foetal de la présentation du siège pourrait apparaître équivalent à celui d'une présentation céphalique.

### **X.1: Pronostic maternel:**

#### **X.1.1: Morbidité maternelle:**

La morbidité est marquée par les lésions des parties molles dont les plus fréquentes sont: la déchirure du col, du périnée avec parfois des atteintes vésicales et ano-rectales. Ces lésions sont surtout observées lors des accouchements mal conduite avec des extractions brutales du foetus.

En général, ces déchirures sont prévenues par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare. Des complications infectieuses peuvent survenir favorisées par la rupture prématurée des membranes, les interventions, les lésions périnéales.

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

### **X.1.2: Mortalité maternelle:**

La vie de la parturiente n'est jamais en cause 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 des présentations du siège, il en résulte une augmentation secondaire inévitable pour deux raisons [19]:

- 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 [27]. Mais il reste :

- Que la mortalité maternelle, bien que très faible est trois fois supérieure après une césarienne qu'elle ne l'est après accouchement par voie basse ;

- Le risque de rupture utérine existe et mettra de nouveau la vie de la mère en danger lors d'une prochaine grossesse, ainsi que celle de son futur enfant ;

- Que la taille de la famille sera limitée par l'existence même de la première cicatrice utérine.

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].

### **X.2: Pronostic foetal:**

Si aucun accouchement ne se présente sans risque foeto-maternel, l'accouchement en présentation du siège est particulièrement exposé. Afin

d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru à un moment une solution incontournable, d'ailleurs prônée encore récemment par certains [28].

Toutefois, au delà d'un certain seuil il semble que le bénéfice néonatal soit inexistant [28] ; alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelles.

### **X.2.1: Mortalité fœtale:**

Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée. Merger et collaborateurs avaient eu pendant trois ans une mortalité périnatale globale dans la présentation du siège de 4,2% environ [3].

Elle est due à trois sortes d'accident :

- Des morts fœtales in utero, sans causes évidentes, dix fois plus fréquentes que dans les présentations céphaliques sont possibles. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de moindre qualité, dans certains cas des présentations de siège ;
- Des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraîne plutôt des morts néonatales ;
- Une mortalité obstétricale directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement.

### **X.2.2: Morbidité fœtale:**

La morbidité fœtale, est relativement importante, elle est due surtout aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle. Elle est représentée par:

- Les accidents traumatiques: fracture du fémur, de l'humérus, clavicule;
- La paralysie du plexus brachial;
- La mort apparente du nouveau-né;
- Les hémorragies méningées.

### **X.2.3: Les accidents immédiats:**

Pour les néonatalogues la complication essentielle reste l'asphyxie néonatale avec son cortège habituel [29]. Elle peut être due soit à une dystocie (relèvement des bras) soit à une hyperextension de la tête elle même favorisée par le 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 5<sup>ème</sup> minute associée à une acidose mixte métabolique et respiratoire et avec des difficultés de mise en route de la respiration et du tonus [29].

Cette asphyxie entraîne, selon sa sévérité des complications bien connues :

- Détresse respiratoire par aspiration du liquide amniotique;
- Persistance de la circulation foetale dans les asphyxies sévères;
- Encéphalopathie ischémique anoxique néonatale. L'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. On recherchera soigneusement: une paralysie du plexus brachial, une fracture de la clavicule, une luxation de la hanche, une fracture du crâne et la fréquente hématome sous durale lié particulièrement aux manœuvres faites sur la tête dernière.

### **X.2.4: 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 [30]. 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 foetale qu'une cause[5].



L'avenir neurologique et l'encéphalopathie ischémique anoxique sont corollées à la gravité de la souffrance néonatale. Les grandes lignes sont schématiquement les suivantes :

- En cas d'état de mal convulsif, les séquelles sévères seront observées dans 40% des cas sous des formes cliniques variées mais le plus souvent sous forme de multiples handicaps sévères (infirmité motrice, cérébrale, débilité mentale, comitialité, déficit sensoriel, troubles du comportement) ;

- Dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront suivant la première année, le quotient de développement évalué sera médiocre à deux ans, un handicap moteur léger et des difficultés d'apprentissage marqueront la période scolaire. L'incidence de ces séquelles se situe entre 20 et 30% des cas mais la normalisation complète est très fréquente;

- Dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée. La fréquence de ces séquelles justifie-t-elle la césarienne systématique ?

A cette question les études sont très contradictoires. Quoiqu'il en soit, la lecture de la littérature montre en évidence que la mortalité et la morbidité maternelles sont majorées par la voie haute. Pour l'enfant il semble bien que l'augmentation des césariennes au delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes si les sièges acceptés par la voie basse sont bien choisis les risques ne seront pas majorés [3].

### **X.3: Eléments de pronostic:**

Bien que différemment appréciés, les éléments du pronostic doivent être établis avant le début de la période d'expulsion. En effet, toutes les manœuvres obstétricales même celles qui paraissent les plus simples à exécuter sont loin d'apporter de bons résultats que l'accouchement spontané ou l'opération césarienne. Pour cette raison l'étude des éléments du pronostic avant et pendant la grossesse, avant et pendant l'expulsion vise à mieux apprécier le risque fœtal et qui conduirait dans l'idéal, à ne plus retenir que l'accouchement spontané et la césarienne. Il est habituel de classer les paramètres selon qu'ils existent avant la grossesse ou qu'ils apparaissent au cours de la grossesse, du travail ou de l'expulsion.

### **X.3.1: Eléments existants avant la grossesse:**

#### **X.3.1.1: La parité:**

- **Multipare:** le pronostic foetal est à peine moins bon que celui du sommet.
- **Primipare:** le pronostic foetal comporte toujours une réserve [9]. Les études montrent que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée.

#### **X.3.1.2: L'âge maternel :**

Lorsqu'elle est primipare, l'âge maternel intervient dans l'appréciation du pronostic.

**X.3.1.3: La taille:** 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 [17].

#### **X.3.1.4: Cicatrice utérine:**

Quelle soit postopératoire ou traumatique elle est un élément défavorable pour la voie basse. L'association d'une cicatrice utérine à une présentation du siège est une indication de la césarienne.

#### **X.3.1.5: Les anomalies des parties molles:**

Les anomalies congénitales, vulvo-vaginales ou périnéales font craindre une dystocie à la partie ultime de l'expulsion. En effet, leur souplesse conditionne la dernière partie de l'expulsion et en particulier celle de la tête dernière.

## **XI. CONDUITE A TENIR:**

La présentation du siège, quelle que soit son étiologie ou sa variété siège complet ou décompleté jouit d'une mauvaise réputation:

La **morbidité foetale** par paralysie du plexus brachial, fractures diverses, séquelles d'anoxie foetale est nettement supérieure à la moyenne ;

La **morbidité maternelle** est élevée, les interventions, les déchirures du col et du périnée y sont plus fréquentes et plus sévères ;

La **mortalité périnatale** atteint encore un taux de 8 à 10%, Il s'agit d'un

bilan trop lourd pour être accepté. Pour ces diverses complications l'accouchement atraumatique et sans mortalité engage la responsabilité de l'accoucheur à tous les stades: pendant la grossesse ; pendant la dilatation ; pendant l'expulsion.

## **XI.1: Pendant la grossesse :**

Il est vain de revenir sur l'intérêt primordial du dépistage de toute présentation du siège. Même redressée au cours du travail, l'erreur du diagnostic ne crée pas seulement une désagréable surprise ; elle est de lourde conséquence car elle rend impossible deux démarches essentielles : la tentative de la version par manœuvre externe (VME) et le bilan obstétrical.

### **XI.1.1 : La tentative de version par manœuvre externe :**

Pratiquée entre la 36-37 SA de façon à avoir un fœtus mature s'il faut une extraction en urgence. Certaines équipes tiennent compte de la parité et préconisent une tentative plus précoce vers 35 SA chez la primipare et vers 37 SA chez la multipare. Elle est indiquée dans tous les cas où l'enfant est unique et vivant. Son but est de transformer la présentation podalique en présentation céphalique en agissant sur le fœtus à travers la paroi abdominale. Elle comporte néanmoins certaines contre-indications qui doivent être respectées.

#### **• Contre-indication à la VME :**

-Maternelle : essentiellement l'anomalie du bassin incompatible avec une voie basse.

-Utérine telle que : les malformations utérine, l'utérus fragile (césarienne antérieure, grande multipare) enfin la menace d'accouchement prématuré.

-Fœtale : ce sont le fœtus fragile (RCIU, HTA gravidique), déflexion de la tête, malformation fœtale, grossesse gémellaire et mort fœtale in utero.

-Annexielle : telle que la rupture prématurée des membranes, oligoamnios sévère, placenta bas inséré ou tout obstacle praevia, métrorragies du 3<sup>eme</sup> trimestre, détection échographique d'un circulaire du cordon.

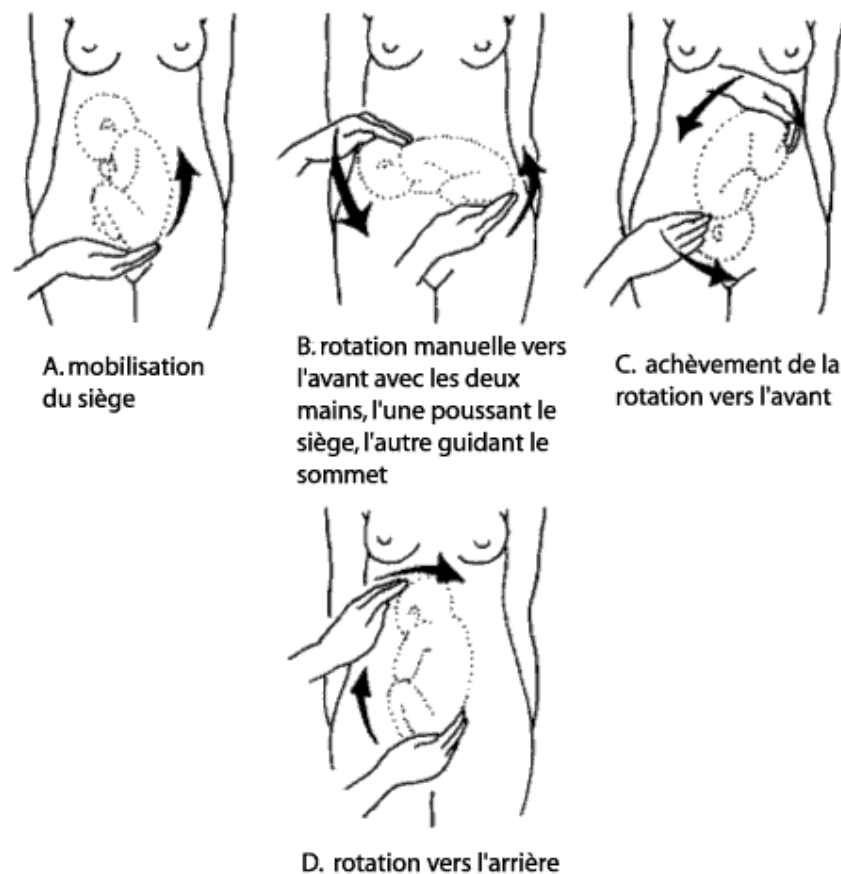
#### **• Technique de la VME :**

Tocolyse par beta-mimétique intra-veineux à la pompe environ 20 minutes avant le geste, complétée si besoin par un sédatif le matin de la manœuvre.

Après élimination des contre-indications la patiente en décubitus dorsal en position de Trendelenburg modérée pour favoriser le premier temps qui consiste à refouler le siège vers le haut pour l'éloigner du bassin.

L'opérateur, placé latéralement par rapport à la patiente, fait le gros dos au fœtus en le saisissant par ses deux pôles et tandis qu'une main effectue un mouvement de refoulement du siège vers le haut, la tête est fléchie puis abaissée avec l'autre main. La manœuvre est effectuée en douceur et il faut savoir recommencer plus tard en cas de difficultés. En cas d'échec renouveler l'essai, vers l'arrière [31]. A la fin de la manœuvre il est nécessaire de vérifier le rythme cardiaque fœtal, l'absence d'écoulement vulvaire et prévenir l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif.

**Figure 14:** Version par la manœuvre externe d'une présentation du siège.



**Source** : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS, 2004.

### **XI.1.2 : Le bilan obstétrical :**

Il repose sur : les caractéristiques fœtales, maternelles et foeto-maternelles.

#### **•Caractéristiques fœtales :**

Le mode de la présentation est pris en compte, le siège complet est une indication de la césarienne aux Etats-Unis [1]. L'âge gestationnel influence aussi la conduite à tenir. La voie basse est acceptable au-delà de 34 SA avec un poids fœtal supérieur à 2000 gr.

Pour Verhoest entre 28 et 33 SA, pour un fœtus de moins de 2000 gr, la césarienne est préférée si s'ajoute une pathologie (HTA, Diabète) [1]. Le bilan fœtal pour déterminer le volume du fœtus et le degré de flexion de la tête seront fait par l'échographie et la radiographie du contenu utérin.

#### **•Caractéristiques maternelles :**

Exclure formellement la voie basse devant tout rétrécissement pelvien même discret. Il impose donc une étude minutieuse du bassin osseux, le plus souvent nécessitant la pratique systématique d'une radiopelvimétrie complète. Toute tolérance à ce domaine est inacceptable. On ne tiendra pas compte de la multiparité qui n'est pas une eutocie pelvienne.

D'autres considérations pourront également intervenir en faveur de la voie haute : il s'agit essentiellement de la primiparité âgée, le caractère précieux de l'enfant, la résistance des parties molles, la grossesse prolongée, la rupture prématurée des membranes.

Observer ces principes c'est pouvoir aborder avec sérénité l'accouchement proprement dit. En effet, l'expérience doit être de règle. Elle sera poussée au maximum tant à la période de dilatation qu'à la période d'expulsion.

### **XI.1.3 : La césarienne prophylactique :**

La césarienne, avant le début du travail d'accouchement, a des indications formelles et relatives.

**•Indications formelles** comprennent : les anomalies du bassin, gros fœtus dont le poids supérieur à 4000gr, déflexion primitive de la tête, utérus cicatriciel, malformation utérine, placenta praevia, brièveté congénitale d'un périnée cicatriciel.

•**Indications relatives** : Les indications relatives de la césarienne prophylactique lors de la présentation du siège sont : grande prématurité, souffrance fœtale chronique, primipare âgée, antécédents de stérilité, antécédents de dystocie

## **XI.2:Pendant la dilatation :**

On aura toujours en mémoire le mot de RIVIERRE et CHASTRUSSE « L'expulsion voudra ce que vaut la contraction utérine » [23]. 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 toute dystocie dynamique ou cervicale doit être dépistée et traitée très précocement, car il est hors de question de forcer un col qui aura rarement la complaisance de s'assouplir à la dernière minute au passage de la tête fœtale.

Souvent, en fin de dilatation, jamais avant 8 cm. On est conduit à prescrire une perfusion IV d'ocytocique. 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.

En somme, un siège exige une présence permanente car s'il faut savoir attendre, il faut aussi savoir changer la décision et choisir la voie haute devant :

- toute procidence du cordon précoce;
- tout arrêt de la dilatation;
- toute manifestation de souffrance fœtale.

Peut-être n'est-il pas inutile de souligner que la souffrance fœtale n'a dans ce cas qui nous intéresse, qu'une seule façon de s'exprimer : 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 du liquide amniotique et de noyade terminale même en excluant toute dystocie surajoutée.

C'est assez dire l'intérêt primordial de la surveillance de la dilatation sous monitoring continu. Le respect de ces divers impératifs permettra d'aborder avec un maximum de sécurité, la période à juste titre redoutée de l'expulsion.

### **XI.3: Pendant la période d'expulsion :**

Le dogme de l'expectative reste intangible. Il sera d'autant plus facile à respecter que l'on aura su:

- mettre en place une perfusion IV d'ocytocique dont l'utilité n'est pratiquement pas discuté ;
- élargir le détroit inférieur en refoulant la pédale coccygienne ;
- réduire la résistance périnéale par une anesthésie péridurale ou plus simplement par une infiltration des nerfs honteux associée ou non à une épisiotomie.

On ne sera prêt à toute éventualité que lorsqu'on disposera :

- d'un local bien aménagé permettant d'intervenir à tout moment ;
- d'un anesthésiste compétent prêt à endormir rapidement et profondément la parturiente ;
- d'un forceps le plus simple possible.

Moyennant quoi, on aura dans la très grande majorité des cas, la satisfaction d'assister à la naissance parfaitement spontanée de l'enfant idéal.

Cette passivité absolue ou manœuvre de VERMELIN « expectative armée » représente certainement l'attitude idéale pour l'enfant.

Ici le rôle de l'obstétricien qualifié par HENRION de «Manchot empereur» n'a été que celui d'un observateur attentif [32].

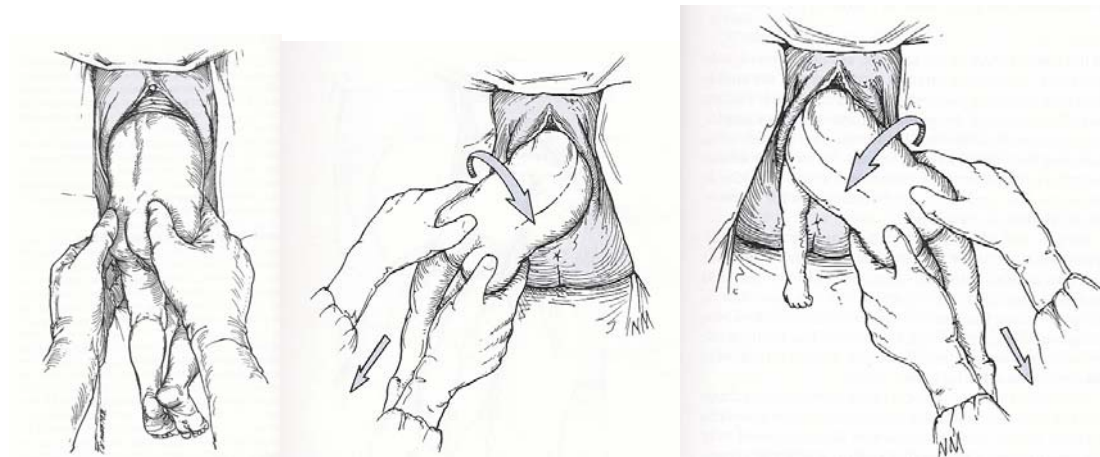
La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête

défléchie au détroit supérieur, avec parfois l'accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne. 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[3]. La mère et parfois l'accoucheur pourront ne pas s'en accommoder. Il paraît alors licite de l'aménager de l'une ou l'autre de ces manœuvres obstétricales:

- La manœuvre **d'abaissement des bras** : l'humérus du bras postérieur est pris en attelle entre l'index et le médium. Le mouvement effectué doit faire « se moucher le fœtus » puis le bras antérieur est abaissé à son tour [1].

- La manœuvre de **Lovset** : permet aux épaules de descendre. Les pouces sur les lombes, saisir les hanches et le bassin du fœtus avec les autres doigts. Tourner le fœtus de 90° (dos fœtal à gauche ou à droite), pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse et permettre l'engagement du bras antérieur. Puis effectuer une contre rotation de 180° (dos fœtal droite ou à gauche) qui fait engager le bras postérieur, qui est alors dégagé. A ces deux rotations est associée une traction du siège vers le bas [1].

**Figure 15** : La manœuvre de Lovset.



**Source**: Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 825.

D'autres manœuvres sont employées pour le dégagement des épaules telles que :

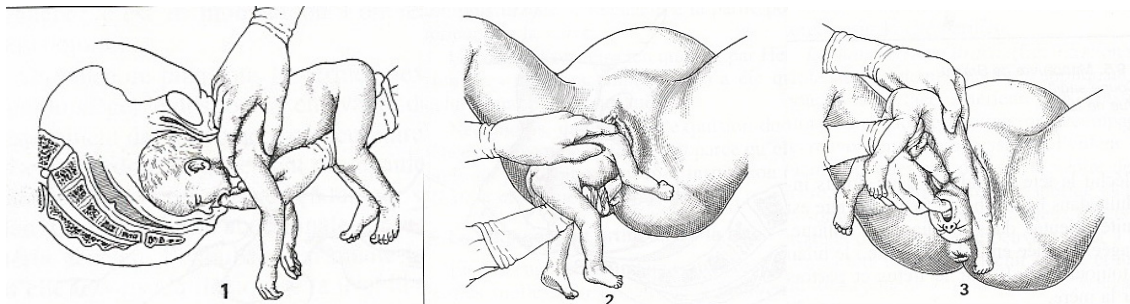
- La manœuvre de **Suzor-pelleray** : les rotations sont effectuées sans traction [1].



•La manœuvre de **Coudec** : utile en cas de dystocie des épaule, elle a pour but de ramener l'épaule antérieure sous la symphyse afin d'abaisser le bras antérieur [1].

•la manœuvre **de Mauriceau**: elle permet l'extraction de la tête dernière. La tête fœtale dans l'axe médian, se mettre à genoux pour avoir un bon angle de traction (45° vers le bas). La main et l'avant bras droit soutiennent le fœtus, index et le médius sont introduits avec douceur dans la bouche jusqu'à la langue. L'index et le médius de la main gauche sont placés de chaque côté du cou du fœtus. Avec la main gauche, abaisser la tête pour amener le sous-occiput sous la symphyse. Puis, en prenant appui sur le plancher buccal, basculer la tête par un large mouvement qui amène le dos du fœtus vers le ventre de la mère occiput pivotant autour de la symphyse pubienne. Le dégagement de la tête est aidé d'une pression sus-pubienne sur la tête du fœtus dans l'axe du bassin [1].

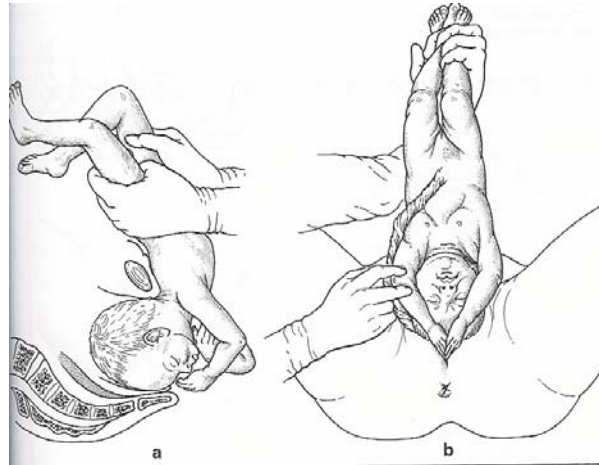
**Figure 16:** la manœuvre de Mauriceau.



**Source:** Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 825.

•la manœuvre de **Bracht** : elle permet l'extraction de la tête dernière. Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus est saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut, puis renversé sur le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion [3].

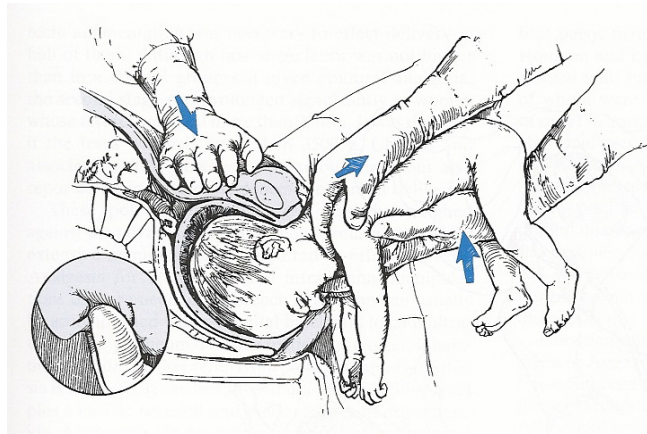
**Figure 17** : la Manœuvre de Bracht.



**Source:** Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 830.

•la manœuvre de **Wigand Martin** : un opérateur relève les pieds d'une main et exerce une traction sur la bouche de l'autre main, pendant qu'un aide exerce une pression abdominale sus-pubienne pour fléchir la tête [1].

**Figure 18** : Manœuvre de Wigand Martin



**Source** : Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H. Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

•la manœuvre de **Champetier De Ribes** : Son but est d'engager la tête fœtale qui est en transverse au-dessus du détroit supérieur. Deux doigts de l'opérateur sont placés sur la basse de la langue du fœtus puis on exerce le mouvement de flexion sur la tête fœtale suivi d'une rotation pour amener la

tête en occipito-pubien avant l'extraction. Cette manœuvre est très foeticide [1].

•Application **du forceps** : permet aussi l'extraction de la tête dernière. Pour certains auteurs l'application du forceps est moins traumatisante, avec toujours un mouvement de flexion puis de traction vers le bas avec remontée progressive vers le haut. Pour appliquer le forceps un aide soulève le corps du fœtus.

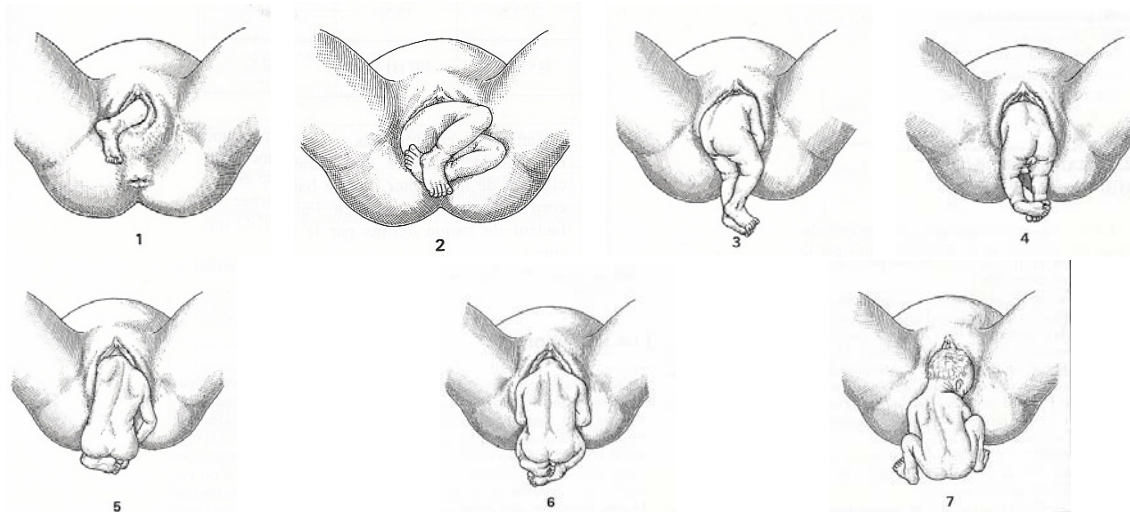
**Figure 19:** Application du forceps dans l'extraction de la tête dernière lors de la présentation du siège.



**Source :** Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H.

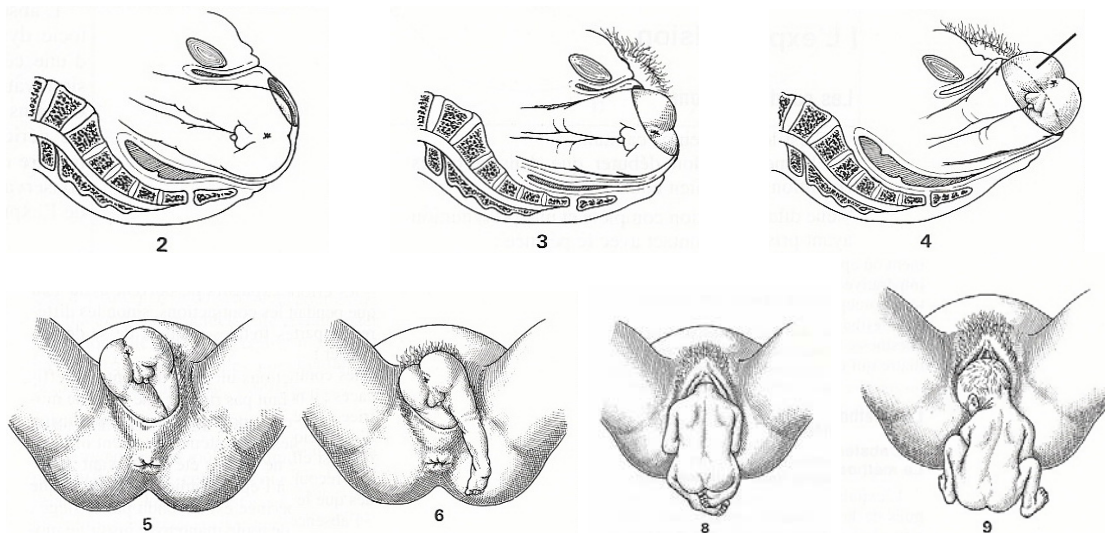
Marret, 3<sup>e</sup> édition MASSON, Paris, 2001

**Figure 20:** L'accouchement spontané d'un siège complet décrit par Vermelin.



**Source:** Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 827.

**Figure 21 :** l'accouchement spontané d'un siège décompleté décrit par Vermelin



**Source:** Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 828.

## **I. CADRE DE L'ETUDE:**

L'étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.

Ce centre d'abord, dispensaire, puis PMI (Protection Maternelle et Infantile) jusqu'en 1998, fût érigé en centre de santé de référence deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali. Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population de la commune II en particulier et de l'ensemble du district de Bamako en général le centre bénéficia de l'ouverture d'un bloc opératoire (le, 29 décembre 2006) permettant ainsi la réalisation d'interventions chirurgicales.

Les centres de santé communautaires constituent le premier niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali, la commune II en compte cinq: ASACOH I à Hippodrome, ASACOME à Médine, ASACO Benkady à Bakaribougou, ASACO Niaréla à Niaréla, ABOSAC à Bozola. En outre la commune II dispose de plusieurs structures sanitaires privées (Bénédiction, Aldi, Etoile, Etc.)

### **I.1. Situation Géographique:**

La commune II couvre une superficie de 16,81 Km<sup>2</sup> soit 7% environ de la superficie totale du district de Bamako (267 Km<sup>2</sup>) capitale de la République du Mali. La commune II est limitée:

- A l'Est par le marigot Korofina, de la limite nord du district jusqu'au lit du fleuve Niger.

- Au Nord par la portion de la limite nord du district compris entre le marigot de Korofina et le pied de la colline du «Point G»

- A l'Ouest par le pied de la colline du «Point G», la limite Est du jardin botanique, puis de la limite Est et la portion de la limite Sud du jardin botanique jusqu'au boulevard du peuple. Ensuite du boulevard du peuple et la voie Est du square Patrice Lumumba jusqu'au lit du fleuve Niger en suivant l'axe du pont baptisé « Pont des Martyrs»

- Au Sud par le fleuve Niger [33].

La commune II compte douze quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médina coura, Missira, Niaréla, TSF, Quinzambougou, zone industrielle, N'Gomi)

Le Centre de Santé de Référence est situé au quartier Missira rue 283 porte 1015, il comprend:

- l'administration,
- la Pharmacie,
- le service de Gynécologie Obstétrique,
- le service de Médecine,
- le service d'Odonto-Stomatologie,
- le service d'ophtalmologie,
- le service d'oto-rhino-laryngologie,
- le service de Pédiatrie,
- le service de Programme Elargi de Vaccination (PEV),
- le service des affaires sociales,
- le service de Chirurgie générale,

## **I.2. Description du Service:**

Le service de Gynécologie Obstétrique occupe le rez-de-chaussée du bâtiment situé à gauche de l'entrée principale. A l'étage se trouvent la salle de staff (et de réunion), l'administration, le service d'Ophtalmologie, Pédiatrie, Odonto-Stomatologie, Chirurgie et d'oto-rhino-laryngologie.

Le service de Gynécologie Obstétrique comprend:

- un bloc opératoire,
- un bureau de la sage femme maîtresse,
- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement,
- une salle d'échographie,
- trois salles d'hospitalisation,
- une salle de garde pour les infirmières et aides soignantes,
- une salle des suites de couches immédiates avec trois lits,
- une salle de médecins en cours d'études spécialisées gynécologie obstétrique (DES),
- une salle des anesthésistes,

- une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque,
- une unité de planning familial,
- une unité prénatale,
- une unité post-natale,
- une unité de prévention de la transmission mère enfant (PTME),
- Une toilette externe pour le personnel.

Le personnel du service de gynécologie obstétrique comprend:

- Un (1) professeur en gynécologie obstétrique qui est le chef de service,
- Six (6) médecins en cours d'études spécialisées en gynécologie obstétrique,
- Trois (3) anesthésistes,
- Trente (31) sages femmes dont une sage femme maîtresse,
- Quatre (4) infirmières obstétriciennes,
- Des infirmières,
- Trois aides du bloc,
- Des aides soignantes,
- 7 manœuvres,
- 4 chauffeurs

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'étudiants en médecine de différents niveaux d'étude dont 22 thésards qui participent au bon fonctionnement de la maternité.

### **I.3 Fonctionnement du Service:**

Le service de gynécologie obstétrique, assure des fonctions de soins, formation et d'encadrement de médecins en cours d'études spécialisées en gynécologie obstétrique. Le service gynécologie obstétrique dispose, d'un bloc opératoire, d'une salle d'accouchement (avec trois lits) qui fonctionne 24 heures/24. L'activité de soins englobe la gynécologie et l'obstétrique (prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal, l'accouchement).

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par le professeur deux jours par semaine (lundi et mercredi) et les autres jours par les médecins en spécialisation, médecins à compétence gynécologique aidés par les thésards et les sages femmes.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes.

Une équipe de garde composée de médecins en spécialisation, d'étudiants en médecine, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante et d'un manoeuvre supervisée par le professeur assure le travail quotidiennement 24H/24H.

Régulièrement un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente où l'équipe de garde effectue le compte rendu de leurs prestations. Le staff est dirigé les lundi et les mercredi par le chef de service de gynécologie obstétrique les autres jours par les médecins en formation en gynécologie obstétrique (DES).

Une fois par semaine (mercredi) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment observées dans le service.

## **II. TYPE ET DUREE D'ETUDE:**

Il s'agit d'une étude rétro prospective descriptive et transversale, qui s'est déroulée sur une période de 19 mois du 29 décembre 2006 au 1<sup>er</sup> Août 2008.

## **III. POPULATION D'ETUDE:**

Notre étude a concerné toutes les parturientes ayant une grossesse mono fœtale évolutive admise dans le service pendant la période d'étude quelle est été suivie ou non dans le service.

## **IV. ECHANTILLONNAGE:**

### **IV.1. Critères d'inclusion:**

Toute parturiente, ayant une grossesse mono fœtale évolutive de 28 SA au moins, admise en salle d'accouchement et dont le diagnostic de présentation du siège est retenu et qui a bénéficié d'un accouchement par voie basse ou par voie haute d'un nouveau-né vivant à la maternité du CSRefCII qu'elle ait été suivie ou non dans le dit centre.



## **IV.2. Critères de non inclusion:**

Non pas été inclus dans notre étude toute parturiente ayant :

- accouché en présentation du siège d'un nouveau-né vivant hors de la maternité du CSRef CII et qui a été admise pour divers motifs;
- une grossesse mono fœtale non évolutive et qui accouche en présentation du siège d'un mort né à la maternité du CSRef CII;
- grossesse multiple et qui accouche avec l'un des fœtus en présentation du siège au CSRef CII;
- ayant accouché par autres présentations que le siège.

## **V. VARIABLES ETUDIEES:**

Les paramètres suivants ont été étudiés au cours de cette étude:

- Résidence,
- l'âge,
- Profession de la parturiente
- l'ethnie,
- le statut matrimonial,
- Niveau d'instruction,
- Mode d'admission,
- L'auteur de la référence ou l'évacuation,
- Motif de la référence ou de l'évacuation
- Antécédents médicaux personnel,
- Antécédents chirurgicaux personnel,
- Antécédents accouchement de présentation du siège
- La gestité,
- La parité,
- Nombre d'enfants vivant, d'avortement, décédé,
- Antécédents de césarienne,
- La date des dernières règles,
- le nombre de CPN, l'auteur de CPN et le lieu de CPN,
- Le bilan effectué,
- Pathologies associées à la grossesse,

- Etat général et des conjonctives,
- Tension artérielle, température, le Pouls, oedèmes,
- Taille et le poids,
- La hauteur utérine,
- Le terme de la grossesse,
- Les BCF à l'admission,
- Le type de présentation du siège et la variété,
- les contractions utérines dans leur fréquence et leur durée,
- Longueur du col et la dilatation du col utérin,
- L'état de la poche des eaux, le délai de la rupture,
- L'engagement de la présentation,
- L'état clinique du bassin
- Couleur du liquide amniotique,
- Complications observées au cours du travail,
- La voie d'accouchement,
- Complications maternelles observées au cours de l'accouchement,
- L'état de la mère après accouchement,
- L'état du nouveau-né
- Paramètres du nouveau-né,
- Poids du placenta, longueur du cordon,
- Durée d'hospitalisation.

## **VI. MATERIEL D'ETUDE:**

La collecte de données a été réalisée à partir de l'exploitation des registres d'accouchements de la maternité, du carnet médical et du dossier médical de la parturiente rempli par les médecins en spécialisation et les étudiants en année de thèse faisant office d'interne. Les données ainsi que l'identité des gestantes sont restées confidentielles.

Les supports utilisés sont les suivants:

- fiches d'enquête individuelles,
- dossiers des parturientes,
- comptes rendus opératoires
- registres de consultations externes

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

- registres d'hospitalisation.

La saisie des données et l'analyse ont été effectuées sur le logiciel SPSS 12.0 Windows et Epi 6.04dfr. Le traitement de texte sur Microsoft Word 2003.

Les Test statistiques utilisés sont le Khi<sup>2</sup> et le Test de FiSHER (P).

## RESULTATS DESCRIPTIFS :

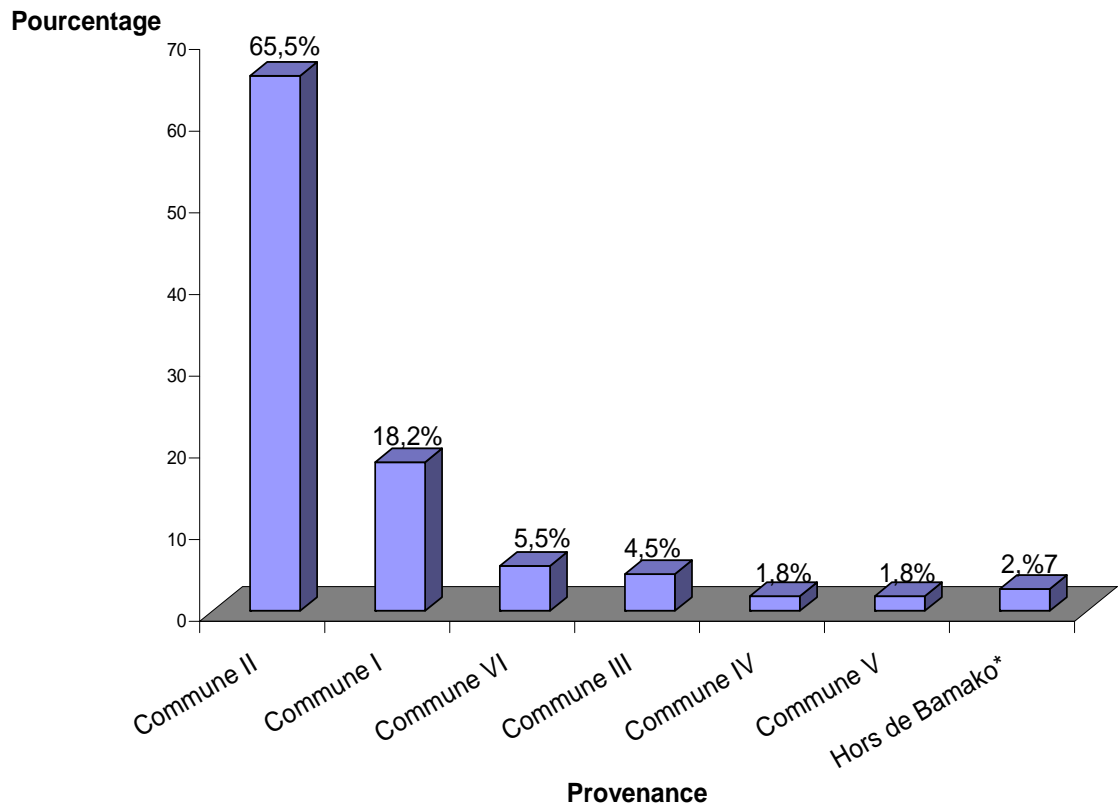
### 1. Fréquence :

Au cours de notre période d'étude du 29 décembre 2006 au 1<sup>er</sup> Août 2008 nous avons enregistré **5350** accouchements dont **110** en présentation du siège de grossesse mono fœtale évolutive soit une fréquence de **2,06%** de nouveau-né vivant.

### 2. Caractéristiques Sociodémographiques :

#### 2.1. Provenance des parturientes :

**Figure I** : Répartition des Parturientes selon la provenance

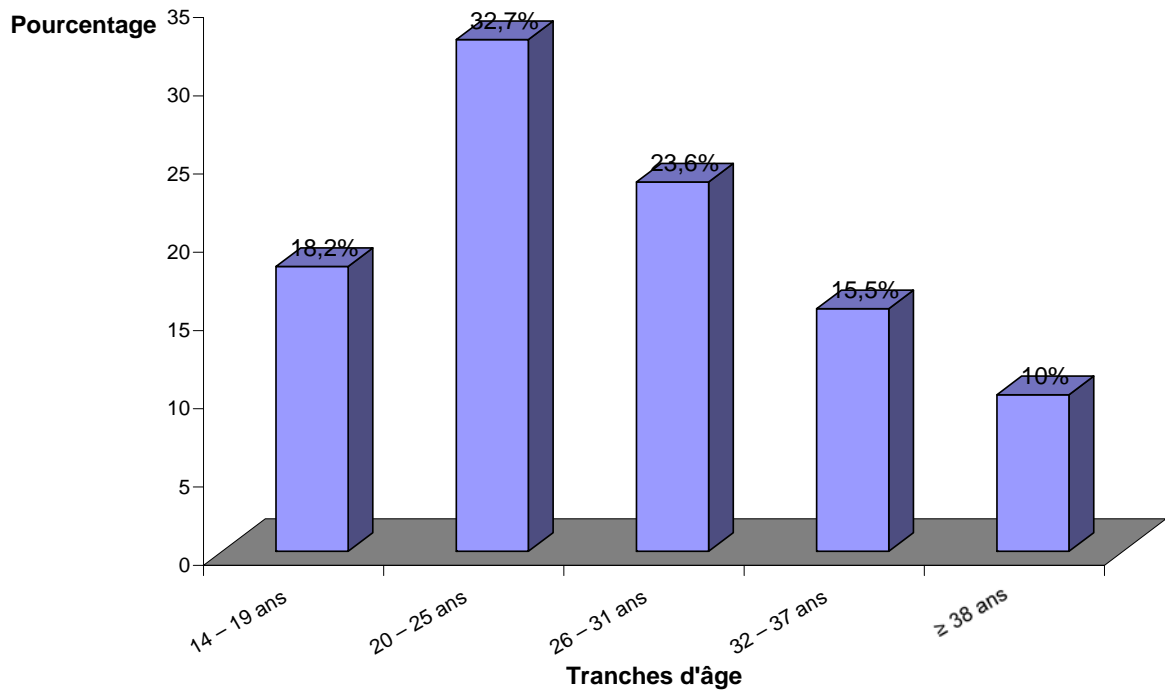


\*= Kati=3

La majorité des parturientes résidaient à la commune II du district de Bamako et représentaient 65,5% soit 72 parturientes de l'échantillon.

## 2.2. Age des parturientes :

**Figure II :** Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.



La tranche d'âge 20-25 ans dominait soit 32,7% (36 parturientes)  
L'âge moyen était de 25 ans, avec des extrêmes de 16 ans et 47 ans.

## 2.3. Profession des parturientes :

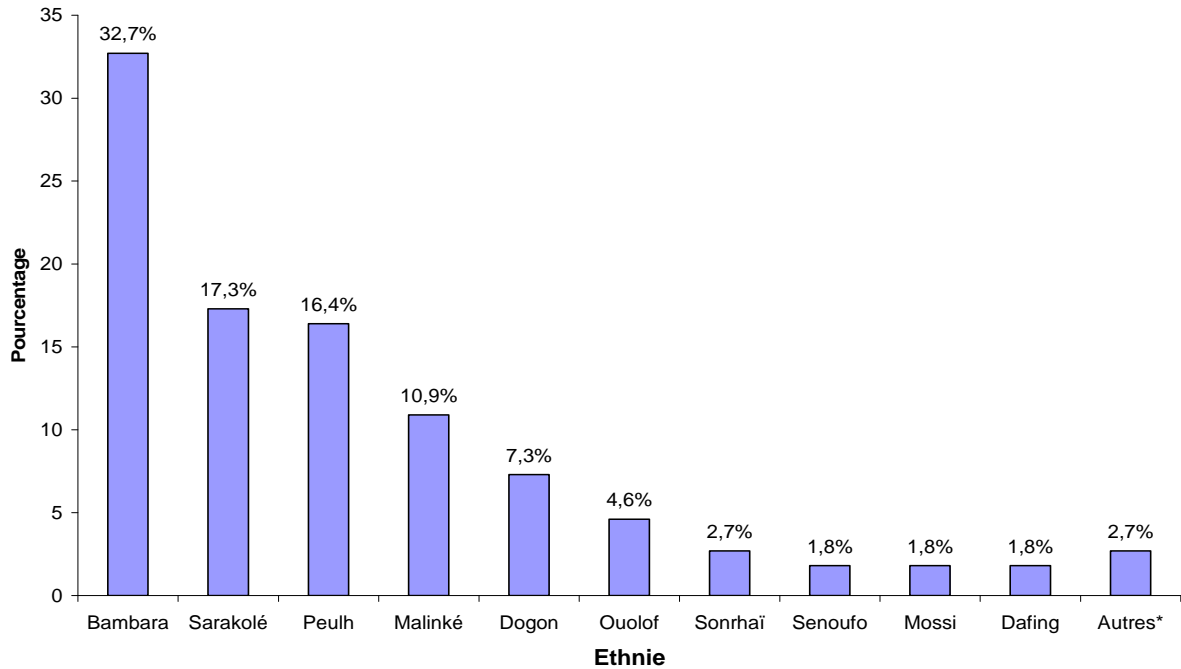
**Tableau I :** Répartition des Parturientes selon l'activité professionnelle.

Profession	Effectif	Pourcentage
<b>Ménagère</b>	<b>63</b>	<b>57,3</b>
Commerçante	17	15,5
Etudiante/Elève	12	10,9
Artisane	10	9,1
Aide ménagère	4	3,6
Autres	4	3,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La majorité des parturientes était des ménagères soit 57,3%, suivies des commerçantes et élèves/étudiantes, Autres (deux secrétaires, une enseignante, une surveillante de prison).

## 2.4. L'ethnie des parturientes :

Figure III : Répartition des Parturientes selon l'ethnie.

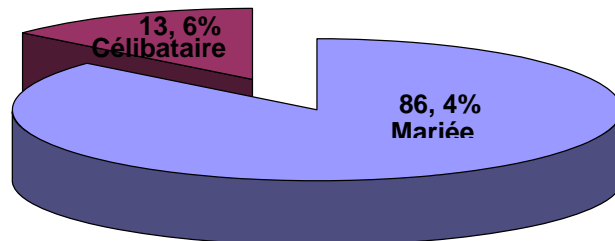


\*= Bozo : 1 ; Kassonké : 1 ; Diawando : 1.

Le bambara était l'ethnie majoritaire et représentait 32,7% de l'échantillon soit 36 parturientes.

## 2.5. Statut matrimonial :

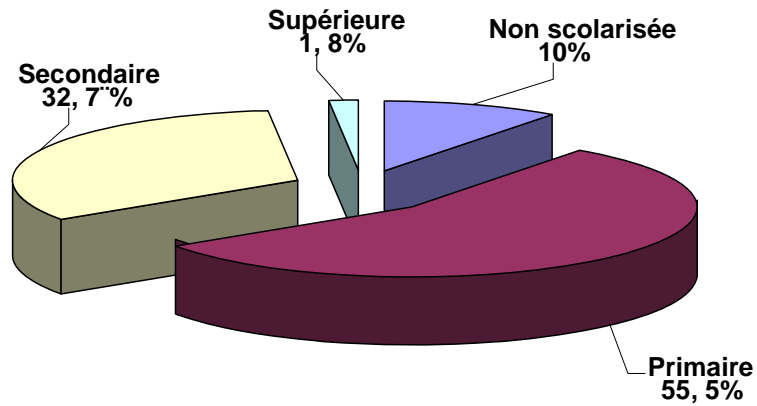
Figure IV : Répartition des Parturientes selon le statut matrimonial



La majorité des parturientes étaient mariées soit 86,4% (95 parturientes) de l'échantillon

**2.6. Niveau d'instruction :**

**Figure V :** Répartition des Parturientes selon le niveau d'instruction



La majorité des parturientes avaient un niveau primaire soit 55,5% (61 parturientes).

**3. Etude clinique :**

**3.1. Mode d'admission :**

**Tableau II :** Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>63</b>	<b>57,3</b>
Référée	22	20,0
Evacuée	25	22,7
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Les parturientes étaient venues d'elles-mêmes à 57,3%, 22,7% étaient évacuées d'autres structures sanitaires.

### **3.2. Auteur de la référence/évacuation :**

**Tableau III :** Répartition des parturientes selon l'auteur de la référence.

Auteur de la référence	Effectif	Pourcentage
<b>Sage femme</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>
Médecin généraliste	2	9,1
Gynécologue Obstétricien	2	9,1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

81,8% des références de l'étude étaient effectuées par des sages femmes.

**Tableau IV :** Répartition des parturientes selon l'auteur de l'évacuation.

Auteur de l'évacuation	Effectif	Pourcentage
<b>Sage femme</b>	<b>22</b>	<b>88,0</b>
Médecin généraliste	1	4,0
Gynécologue Obstétricien	2	8,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

88,0% des évacuations étaient effectuées par des sages femmes.

### **3.3. Motif de la référence/ évacuation :**

**Tableau V :** Répartition des parturientes selon le motif de la référence/évacuation.

Motif de la référence /Evacuation	Effectif	Pourcentage
<b>Présentation du siège</b>	<b>38</b>	<b>78,8</b>
Césarienne Prophylactique	4	8,5
RPM	3	6,4
HTA+Présentation du siège	1	2,1
Hémorragie Abondante	1	2,1
Suspicion HRP	1	2,1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

La présentation du siège a été le principal motif de la référence / l'évacuation



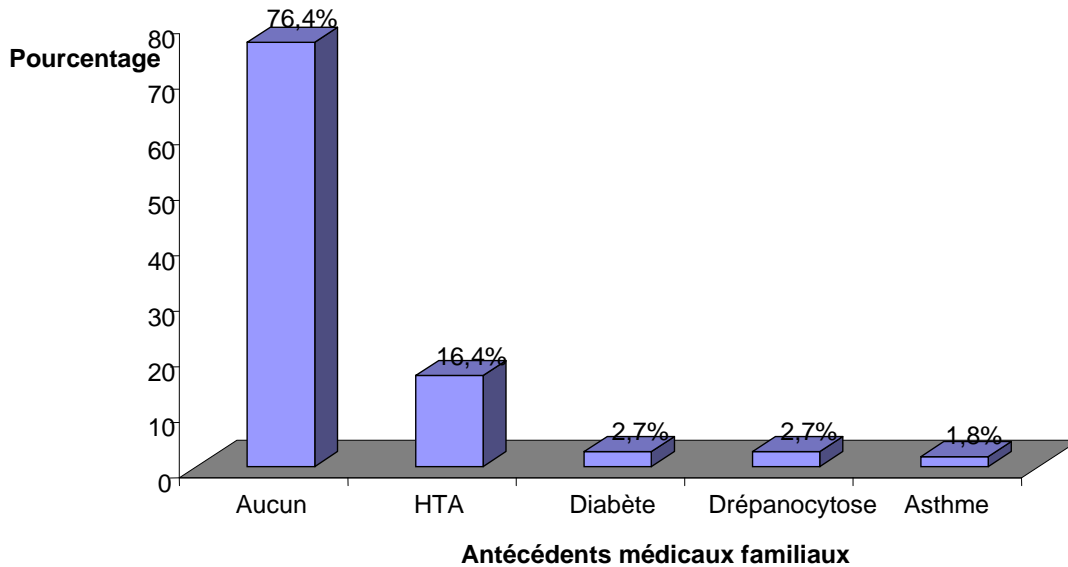
### 3.4. Antécédents médicaux :

#### - Personnel :

Les antécédents médicaux personnels retrouvés étaient l'HTA chez 4 parturientes soit 3,6%. 106 parturientes soit 96,4% n'avaient aucun d'antécédent médical.

#### - Familiaux :

**Figure VI :** Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux familiaux.



L'HTA était le principal antécédent médical familial retrouvé soit 16,4% (18 parturientes).

### 3.5. Antécédents chirurgicaux :

**Tableau VI :** Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
<b>Césarienne antérieure</b>	<b>10</b>	<b>9,1</b>
Laparotomie (Salpingectomie pour GEU)	2	1,8
Aucun	98	89,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Les antécédents de césarienne étaient retrouvés chez 10 parturientes soit 9,1% (une parturiente sur les dix césarisées avait un utérus bi cicatriciel).

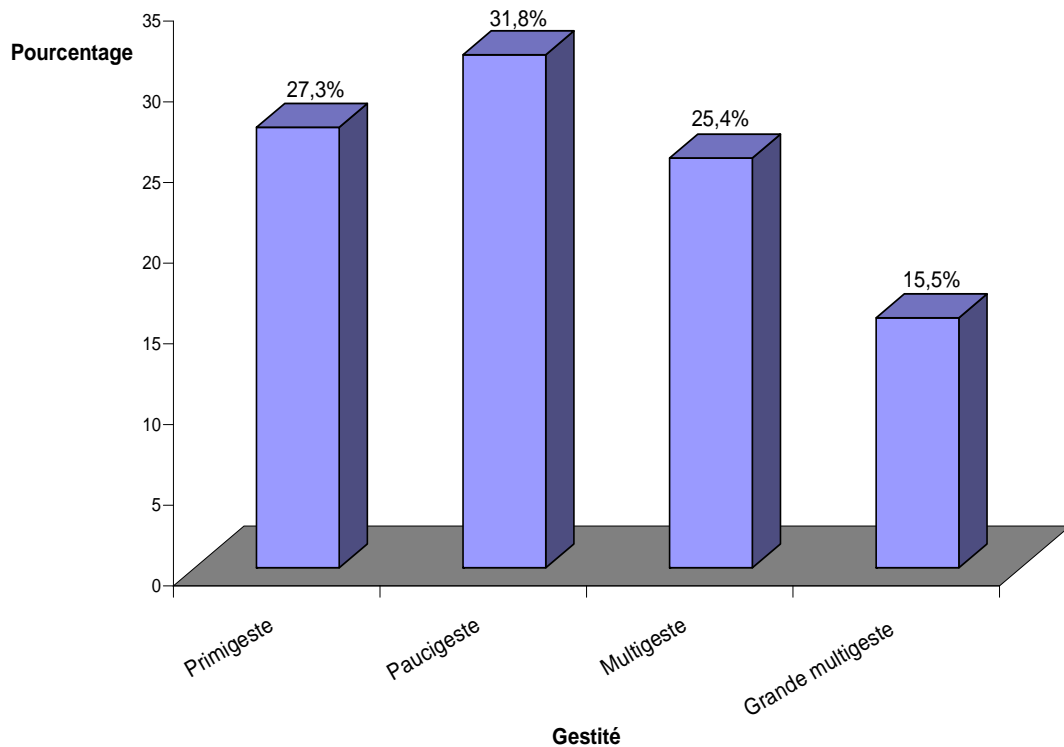
### 3.6. Antécédents obstétricaux :

#### 3.6.1. Accouchement antérieur de présentation du siège:

Un antécédent d'accouchement en présentation du siège était retrouvé soit 0,9% de l'échantillon.

#### 3.6.2. Gestité :

**Figure VII** : Répartition des parturientes selon la gestité de la parturiente.



Les paucigestes et les primigestes dominaient notre échantillon.

Primigeste : 1 grossesse

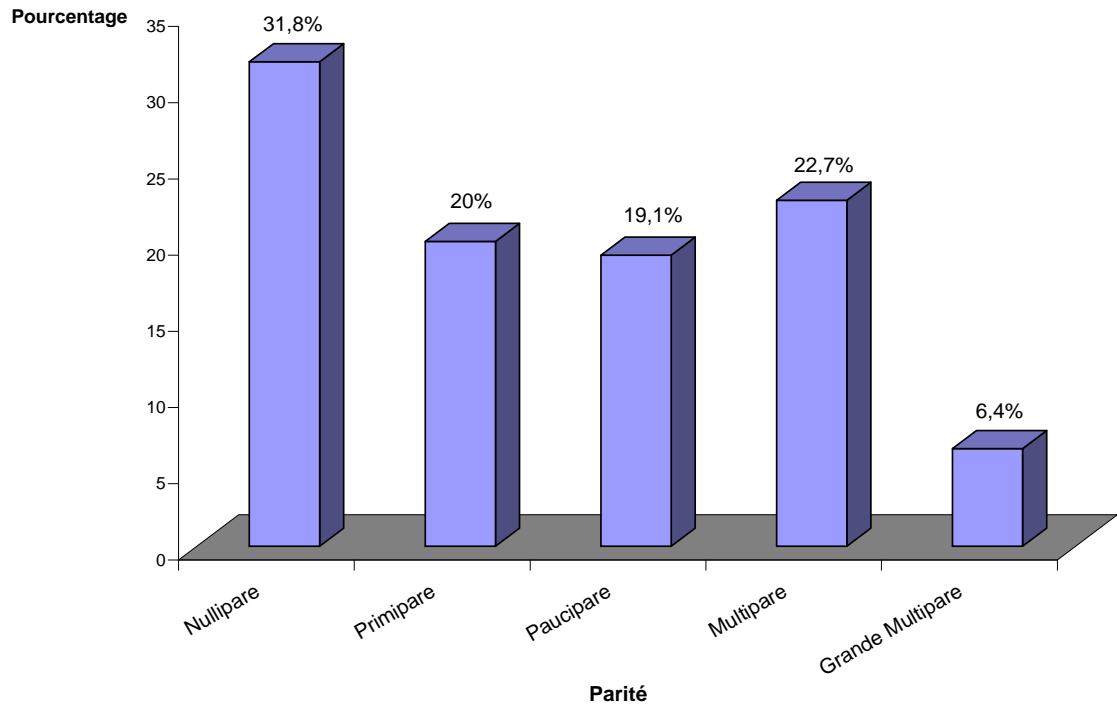
Paucigeste : 2 à 3 grossesses.

Multigeste : 4 à 5 grossesses

Grande multigeste :  $\geq 6$  grossesses.

### 3.6.3. Parité :

Figure VIII : Répartition des parturientes selon la parité de la parturiente



Les nullipares représentaient 31,8% de l'échantillon, suivies des multipares.

Nullipare : 0 accouchement

Primipare : 1 accouchement.

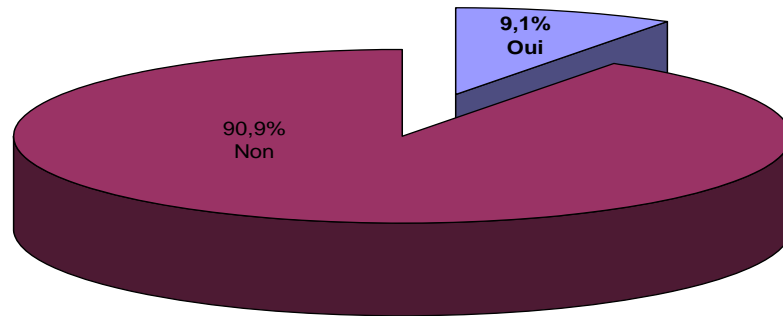
Paucipare : 2 à 3 accouchements

Multipare : 4 à 5 accouchements

Grande multipare :  $\geq 6$  accouchements.

### 3.6.4. Antécédents de césariennes :

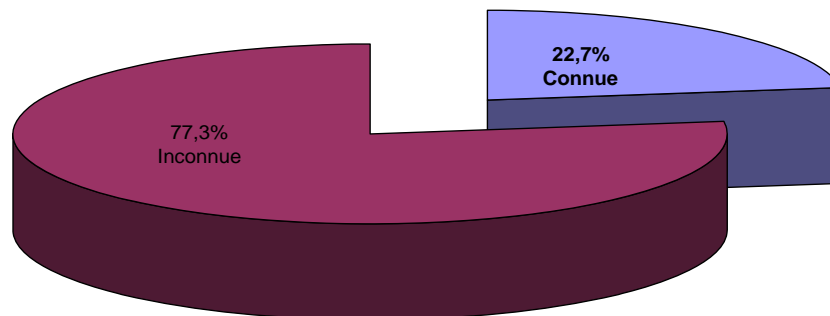
**Figure IX :** Répartition des parturientes selon les antécédents de césarienne



Un antécédent de césarienne était retrouvé chez 10 parturientes soit 9,1%.

### 3.6.5. Date des dernières règles :

**Figure X :** Répartition des parturientes selon la connaissance de la date des dernières règles (DDR).



77,3% des parturientes ignoraient la date de leurs dernières règles

### **3.7. Etude du suivi de la grossesse :**

#### **3.7.1. Nombre de consultation prénatale :**

**Tableau VII :** Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	8	7,2
1 à 3	51	46,4
<b>≥ 4</b>	<b>51</b>	<b>46,4</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La CPN n'était pas effectuée chez 8 parturientes soit 7,2%. Par contre 46,4% avaient fait un nombre de CPN ≥ 4.

#### **3.7.2. Auteur de la consultation prénatale :**

**Tableau VIII:** Répartition des parturientes selon les auteurs de CPN.

Auteur de CPN	Effectif	Pourcentage
<b>Sage femme</b>	<b>89</b>	<b>87,3</b>
Médecin DES	11	10,8
Gynécologue obstétricien	2	1,9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

La CPN était effectuée principalement par une sage-femme soit 87,3%.

#### **3.7.3. Lieu de consultation prénatale :**

**Tableau IX :** Répartition des parturientes selon le lieu de CPN.

Lieu de CPN	Effectif	Pourcentage
<b>CSRef CII</b>	<b>61</b>	59,8
CSCOM	39	38,3
Clinique Privée	2	1,9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié de CPN étaient effectuée au CSRefCII soit 59,8% des parturientes contre 38,3% au CSCOM.

### 3.7.4. L'examens complémentaires réalisés :

**Tableau X :** Répartition des parturientes selon les examens complémentaires effectués.

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
<b>Test d'Emmel</b>	Positif	10 9,1
	Négatif	<b>56</b> <b>50,9</b>
<b>Sérologie HIV</b>	Non fait	44 40,0
	Négative	<b>33</b> <b>30,0</b>
<b>Taux d'Hb</b> (g/dl)	Non fait	77 70,0
	≤9	4 3,6
<b>Echographie</b>	≥ 10	<b>21</b> <b>19,1</b>
	Faite	85 77,3
<b>Groupage sanguin Rhésus</b>	Non faite	<b>58</b> <b>52,7</b>
	Fait lors CPN	52 47,3
<b>Groupage sanguin Rhésus</b>	Fait en urgence en salle	63 57,3
	<b>Demandé en urgence en salle mais non réalisé</b>	24 21,8
	<b>23</b>	<b>20,9</b>

- Le test d'**Emmel** effectué chez 66 parturientes était positif chez 10 soit 9,1%.

- La sérologie **HIV** effectuée chez 33 parturientes était négative.

- Le taux **d'Hb** était ≤9 g/dl chez 3,6% des cas.

- **L'échographie** était effectuée chez 52,7% des parturientes.

- **Groupage Sanguin /Rhésus :**

Chez 57,3% des parturientes le groupage sanguin était effectué durant les CPN alors que chez 21,8% des parturientes le groupage était effectué en urgence en salle d'accouchement. 20,9% des parturientes n'avaient pas effectuées le groupage en urgence.

### **3.7.5. Pathologies associées à la grossesse :**

**Tableau XI :** Répartition des parturientes selon les pathologies associées à la grossesse.

Pathologies associées	Effectif	Pourcentage
<b>Paludisme</b>	<b>15</b>	<b>13,6</b>
HTA	4	3,6
Aucune	91	82,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le paludisme et l'HTA étaient les principales pathologies associées à la grossesse respectivement 13,6% et 3,6%.

### **3.8. Examen Clinique à l'admission à la maternité :**

#### **3.8.1. Etat général des parturientes :**

Toutes les parturientes de notre échantillon avaient un bon état général à l'admission à la maternité du CSRefCII.

#### **3.8.2. Etat des conjonctives :**

**Tableau XII :** Répartition des parturientes selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectif	Pourcentage
<b>Bien colorées</b>	<b>86</b>	<b>78,2</b>
Moyennement colorées	24	21,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

78,2% des parturientes avaient des conjonctives bien colorées soit

#### **3.8.3. Tension artérielle :**

**Tableau XIII:** Répartition des parturientes selon la tension artérielle.

Tension artérielle en mmHg	Effectif	Pourcentage
<b>&lt;140/90</b>	<b>101</b>	<b>91,8</b>
≥140/90	9	8,2
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La tension artérielle moyenne de notre étude était de 119,5/76,8 mmHg avec des extrêmes de 90/60 mmHg et 220/140 mmHg.

### **3.8.4. Température corporelle :**

**Tableau XIV** : Répartition des parturientes selon la température de la parturiente en degré Celsius.

Température en degré Celsius	Effectif	Pourcentage
≤ 37,5°	<b>104</b>	<b>94,6</b>
>37,5	6	5,4
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La température moyenne 37,38°C avec des extrêmes de 36,9°C à 38°C

### **3.8.5. Pouls de la parturiente :**

**Tableau XV** : Répartition des parturientes selon le pouls de la parturiente.

Pouls de la parturiente (pulsations/minute)	Effectif	Pourcentage
<60	0	0
<b>60 à 90</b>	<b>104</b>	<b>94,5</b>
> 90	6	5,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

### **3.8.6. Présence des oedèmes :**

**Tableau XVI** : Répartition des parturientes selon la présence des oedèmes

Présence des oedèmes	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>12</b>	<b>10,9</b>
Non	98	89,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Douze parturientes présentaient des oedèmes soit 10,9%



### **3.8.7. Taille de la parturiente :**

**Tableau XVII :** Répartition des parturientes selon la taille de la parturiente

Taille en mètre	Effectif	Pourcentage
< 1,50 m	2	1,8
<b>≥ 1,50 m</b>	<b>108</b>	<b>98,2</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La taille moyenne était de 1,64 m avec des extrêmes de 1,47 m et 1,82 m

### **3.8.8. Poids de la parturiente :**

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes selon le poids de la parturiente

Poids en Kg	Effectif	Pourcentage
45 – 60 Kg	40	36,3
<b>61 – 76 Kg</b>	<b>53</b>	<b>48,2</b>
Sup. 77 Kg	17	15,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le poids moyen de l'échantillon était de 66, 57 kg avec des extrêmes de 45 kg et 130 kg.

### **3.8.9. Hauteur utérine :**

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes selon hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
< 30cm	13	11,8
<b>30 à 32cm</b>	<b>50</b>	<b>45,5</b>
33 à 35cm	34	30,9
≥ 36cm	13	11,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La hauteur utérine moyenne était de 29,54 cm avec des extrêmes de 26 cm et 41 cm.

### 3.8.10. Age de la grossesse :

**Tableau XX** : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse en SA	Effectif	Pourcentage
<30SA	1	0,9
30SA à 33SA	6	5,5
33SA+1jr à 36 SA+6jr	15	13,6
<b>37SA – 42SA</b>	<b>87</b>	<b>79,1</b>
>42 SA	1	0,9
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

80% des parturientes avaient un âge gestationnel  $\geq$  37 SA.

### 3.8.11. Bruits du cœur fœtal :

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes selon les BCF.

BCF/minute	Effectif	Pourcentage
< 120	2	1,8
<b>120 à 160</b>	<b>106</b>	<b>96,4</b>
>160	2	1,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Les BCF moyen était 138 battement/min avec des extrêmes de 80 et 167 battement/min.

### 3.8.12. Type de la présentation du siège :

**Tableau XXII** : Répartition des parturientes selon le type de siège.

Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
<b>Siège complet</b>	<b>64</b>	<b>58,2</b>
Siège décomplété mode fesse	46	41,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié des parturientes avaient une présentation du siège complet soit 58,2%.

### 3.8.13. Variété de la présentation du siège :

**Tableau XXIII :** Répartition des parturientes selon la variété de la  
Présentation

variété de la présentation	Effectif	Pourcentage
<b>SIGA</b>	<b>76</b>	<b>69,1</b>
SIDA	30	27,3
SIDP	2	1,8
SIGP	2	1,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La variété sacro-iliaque gauche antérieure représentait 69,1%.

### 3.8.14. Contraction utérine :

**Tableau XXIV :** Répartition des parturientes en fonction CU à l'admission.

Nombre de CU/10 min	Effectif	Pourcentage
<b>&lt; 3 CUD/10 min</b>	<b>57</b>	<b>51,8</b>
3-5 CUD/10 min	49	44,6
> 5 CUD/10 min	4	3,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

### 3.8.15. Longueur du col utérin :

**Tableau XXV :** Répartition des parturientes selon la longueur du col.

Longueur du col	Effectif	Pourcentage
Long	5	4,6
Court	3	2,7
<b>Effacé</b>	<b>102</b>	<b>92,7</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le col était effacé chez 92,7% des parturientes.

### 3.8.16. Dilatation du col utérin :

**Tableau XXVI :** Répartition des parturientes selon la dilatation du col à l'entrée.

Dilatation du col en cm	Effectif	Pourcentage
1-3	23	20,9
<b>4-9</b>	<b>61</b>	<b>55,5</b>
10	26	23,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

79,1% des parturientes étaient admises en phase active du travail d'accouchement dont 23,6% à dilatation complète. La dilatation moyenne de l'échantillon était de 6,4 cm.

### 3.8.17. Etat de la poche des eaux :

**Tableau XXVII :** Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission à la maternité

L'état de la poche des eaux	Effectif	Pourcentage
<b>Intacte</b>	<b>56</b>	<b>50,9</b>
Rompue	54	49,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La poche des eaux était intacte chez 50,9% parturientes alors quelle était rompue chez 49,1% des parturientes.

**Tableau XXVIII :** Répartition des parturientes selon le délai de rupture des membranes à l'admission.

Délai de la rupture de membrane en heure	Effectif	Pourcentage
<b>≤ 12 Heures</b>	<b>49</b>	<b>90,7</b>
> 12 Heures	5	9,3
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

90,7% des parturientes avaient un délai de la rupture de la poche des eaux ≤ 12 heures.

### 3.8.18. Engagement de la présentation :

**Tableau XXIX** : Répartition des parturientes selon l'engagement de la présentation à l'admission à la maternité.

Engagement	Effectif	Pourcentage
<b>Oui</b>	<b>71</b>	<b>64,5</b>
Non	39	35,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La présentation était engagée chez 71 parturientes soit 64,5%.

### 3.8.19. Degré de l'engagement :

**Tableau XXX**: Répartition des parturientes selon degré de l'engagement

Degré de l'engagement	Effectif	Pourcentage
0	16	22,6
<b>+1</b>	<b>25</b>	<b>35,2</b>
+2	18	25,3
+3	12	16,9
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

16,9% des parturientes avaient une présentation engagée à + 3

### 3.8.20. Bassin de la parturiente :

**Tableau XXXI** : Répartition des parturientes selon la qualité du bassin.

Bassin de la parturiente	Effectif	Pourcentage
<b>Normal</b>	<b>98</b>	<b>89,1</b>
Limite	10	9,1
Rétréci	2	1,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le bassin était cliniquement normal chez 89,1% de nos parturientes.

### 3.8.21. Couleur du liquide amniotique :

**Tableau XXXII :** Répartition des parturientes selon la couleur du liquide amniotique.

Couleur du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
<b>Clair</b>	<b>87</b>	<b>79,1</b>
Méconial	8	7,3
Hématique	1	0,9
Jaune	4	3,6
Teinté	10	9,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le liquide était clair chez 87 parturientes soit 79,1%.

### 1.3.8.22. Complications observées lors du travail d'accouchement :

**Tableau XXXIII :** Répartition des parturientes selon les complications observées lors du travail d'accouchement au CSRef CII.

Complications	Effectif	Pourcentage
<b>Dystocie dynamique</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
Dystocie mécanique	6	30
Hémorragie	1	5
Procidence du cordon battant	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La dystocie dynamique était la principale complication retrouvée.

**Tableau XXXIV :** Répartition des parturientes selon les complications observées à la phase active du travail d'accouchement au CSRef CII

Complications lors du travail	Phase active du travail
<b>Dystocie dynamique</b>	<b>12</b>
Dystocie mécanique	6
Hémorragie	1
Procidence du cordon battant	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

Toutes les complications étaient observées en phase active du travail d'accouchement.

### **3.9. Accouchement :**

#### **3.9.1. Voie d'accouchement :**

**Tableau XXXV** : Répartition des parturientes selon la voie  
d'accouchement.

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage
<b>Voie basse</b>	<b>67</b>	<b>60,9</b>
Voie haute	43	39,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

60,9% des parturientes avaient accouchés par voie basse et 39,1% par voie haute.

#### **3.9.2. Accouchement par voie basse :**

##### **3.9.2.1. L'accoucheur :**

**Tableau XXXVI** : Répartition des parturientes selon la qualification de  
l'accoucheur.

Accoucheur	Effectif	Pourcentage
Interne	5	7,5
Sage femme	23	34,3
<b>Médecin DES</b>	<b>39</b>	<b>58,2</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Le Médecin DES était présent en salle d'accouchement lors de chaque accouchement.

##### **3.9.2.2. Episiotomie :**

L'épisiotomie était systématique chez toutes les parturientes ayant accouchés par voie basse.

### 3.9.2.3. Dégagement de la tête dernière :

**Tableau XXXVII:** Répartition des parturientes selon la manœuvre obstétricale employée pour le dégagement de la tête dernière.

Manœuvre	Effectif	Pourcentage
<b>Bracht</b>	<b>64</b>	<b>95,5</b>
Mauriceau	3	4,5
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

La manœuvre de Bracht était plus utilisée soit 95,5%.

**Tableau XXXVIII:** Répartition des manœuvres obstétricale en fonction de l'accoucheur.

Accoucheur	<b>Bracht</b>	Mauriceau
Interne	5	0
Sage femme	23	0
<b>Médecin DES</b>	<b>37</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>2</b>

La manœuvre de Mauriceau a été utilisé uniquement par le Médecin DES

### 3.9.2.3. Durée expulsion par voie basse :

La durée d'expulsion moyenne était de 14 min 28 s avec des extrêmes de 05 à 40 min.

### 3.9.2.4. Lésions tissulaire :

**Tableau XXXIX :** Répartition des parturientes selon la survenue de lésions tissulaires lors de l'accouchement par voie basse.

Déchirures	Effectif	Pourcentage
<b>Déchirure du col</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>
<b>Rupture utérine</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>
Aucune	65	97,0
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Une rupture utérine et une déchirure du col étaient observées.



### 3.9.2.5. Durée du travail par voie basse :

**Tableau XXXX** : Répartition des parturientes selon la durée du travail d'accouchement par voie basse.

Durée du travail	Effectif	Pourcentage
<b>Travail &lt; 12 H</b>	<b>62</b>	<b>92,5</b>
Travail ≥ 12 H	5	7,5
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

La durée du travail était <12 heures chez 92,5% des parturientes.

### 3.9.3. Accouchement par césarienne :

#### 1.3.9.3.1. Types de césarienne :

**Tableau XXXXI** : Répartition des parturientes selon le type de césarienne réalisée.

Type de césarienne	Effectif	Pourcentage
<b>Urgence</b>	<b>39</b>	<b>90,7</b>
Programmée	4	9,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Les césariennes étaient prises en urgence chez 39 parturientes soit 90,7% dont 27 parturientes (soit 69,2%) étaient venues d'elle même.

#### 3.9.3.2. Indications de césariennes :

**Tableau XXXXII** : Indications des césariennes.

Indications de la césarienne	Effectif	Pourcentage
<b>Nullipare</b>	<b>19</b>	<b>44,3</b>
Utérus Cicatriciel	10	23,3
SFA	5	11,7
Disproportion foëto-pelvienne	3	6,9
Macrosomie foëtale	3	6,9
Placenta Prævia recouvrant	1	2,3
Procidence du cordon battant	1	2,3
HRP	1	2,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Les principales indications de la césarienne étaient la nulliparité, l'utérus cicatriciel, la SFA.

### 3.9.3.3. Durée entre l'admission et la décision de la césarienne :

**Tableau XXXXIII :** Répartition des parturientes selon la durée entre l'admission et la décision de la césarienne.

Durée en minutes	Effectif	Pourcentage
<b>&lt;30 min</b>	<b>20</b>	<b>46,5</b>
30 – 60 min	10	23,3
61 – 90 min	2	4,7
91 – 120 min	3	6,9
> 120 min	8	18,6
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Dans 46,5% la décision de césarienne était prise en moins de 30 min après l'admission de la parturiente au CSRef CII.

### 3.9.3.4. Durée entre la décision et la réalisation de la césarienne :

**Tableau XXXXIV :** Répartition des parturientes selon la durée entre la décision et la réalisation de la césarienne.

Durée en minutes	Effectif	Pourcentage
<15 min	41	95,3
15 – 25 min	2	4,7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Dans 95,3% de césarienne étaient réalisées en moins de 15 min après la décision.

### 3.9.3.5. Type d'incision cutanée :

**Tableau XXXXV:** Répartition des parturientes selon le type d'incision cutanée

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
Médiane sous ombilicale	8	18,6
<b>Transversale (Misgav ladach)</b>	<b>35</b>	<b>81,4</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

L'incision était transversale chez 35 parturientes soit 81,4%.

### **3.9.3.6. Type d'hystérotomie :**

L'hystérotomie segmentaire transversale était pratiquée chez toutes les parturientes ayant accouchés par voie haute soit 100%.

### **3.9.3.7. Interventions associées à la césarienne :**

Deux parturientes avaient bénéficié de la ligature des trompes.

### **3.9.3.8. Complications pendant la césarienne :**

Aucun incident, accident n'était rencontré pendant la césarienne.

### **3.9.3.9. Complications post césarienne :**

**Tableau XXXXVI:** Répartition des parturientes selon les complications post césarienne.

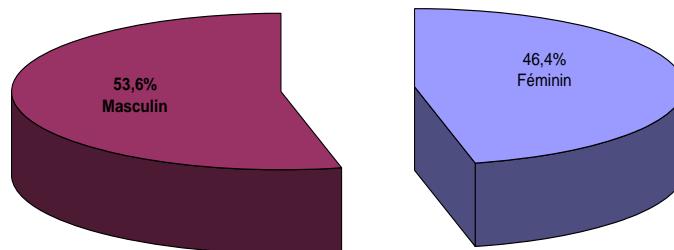
Complications	Effectif	Pourcentage
<b>Fièvre isolée</b>	<b>40</b>	<b>93</b>
Toux sèche	1	2,3
Endométrite	2	4,7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

La fièvre dominait les complications post césariennes avec 93%.

## **4. Paramètres du nouveau-né :**

### **4.1. Sexe du nouveau-né :**

**Figure X :** Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau-né.



Le sexe masculin représentait 53,6% de nouveau-nés contre 46,4% féminin

#### 4.2. Poids du nouveau-né :

**Tableau XXXXVII :** Répartition des parturientes selon le poids du nouveau-né

Poids du nouveau-né en grammes	Effectif	Pourcentage
< 2500	10	9,1
<b>2500 – 3999</b>	<b>92</b>	<b>83,6</b>
≥ 4000	8	7,3
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le poids moyen était de 3074,54 grammes, avec des extrêmes de 1200 gr et 4900 gr.

#### 4.3. Taille du nouveau-né :

**Tableau XXXXVIII :** Répartition des parturientes selon la taille du nouveau-né

Taille en cm	Effectif	Pourcentage
< 47 cm	12	10,9
≥47 cm	98	89,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La taille moyenne était de 49,17 cm avec des extrêmes de 37 cm et 54 cm.

#### 4.4. Périmètre crânien du nouveau-né :

**Tableau IL :** Répartition des parturientes selon le périmètre crânien du

Périmètre crânien en cm	Effectif	Pourcentage
< 32	21	19,1
<b>32 – 36</b>	<b>87</b>	<b>79,1</b>
≥ 37	2	1,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le périmètre crânien moyen était de 33,02 cm avec des extrêmes de 24 cm et 39 cm.

**4.5. Apgar du nouveau-né :**

**Tableau L :** Répartition de nouveau-nés selon le score d'Apgar du nouveau-né à la 1<sup>ère</sup> minute en fonction de la voie d'accouchement.

Apgar à la 1 <sup>ère</sup> minute	Voie basse		Voie haute	
	Effectif	%	Effectif	%
1- 3	2	2,9	0	0
4- 7	14	20,9	4	11,6
> 7	<b>51</b>	<b>76,2</b>	<b>39</b>	<b>88,4</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

- A la 1<sup>er</sup> minute le score d'Apgar compris entre 1 et 3 était enregistré chez deux nouveau-nés accouchés par voie basse.

**Tableau LI :** Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar du nouveau-né à la 5<sup>ème</sup> minute en fonction de la voie d'accouchement

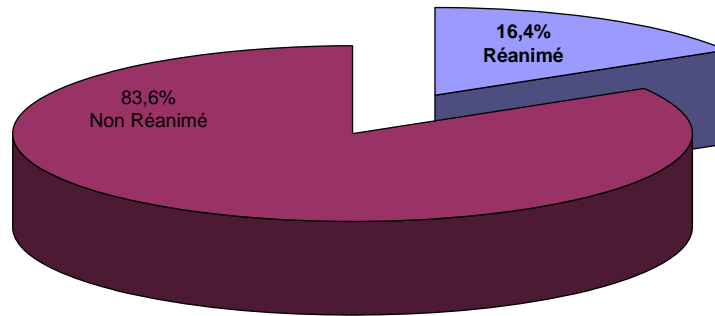
Apgar à la 5 <sup>ème</sup> minute	Voie basse		Voie haute	
	Effectif	%	Effectif	%
1 – 3	0	0	0	0
4 – 7	3	4,5	2	4,7
> 7	<b>64</b>	<b>95,5</b>	<b>41</b>	<b>95,3</b>
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

-Le score d'Apgar était > 7 à la 5<sup>ème</sup> minute chez 64 nouveau-nés par voie basse soit 95,5% et 3 nouveau-nés avait un score d'Apgar de 4 - 7 la 5<sup>ème</sup>.

-95,3% de nouveau-nés par voie haute avaient un score d'Apgar >7 et deux nouveau-nés avaient un Apgar de 07/10.

#### 4.7. Réanimation du nouveau-né :

**Figure XI** : Répartition des parturientes selon réanimation du  
Nouveau-né



16,4% des nouveau-nés étaient réanimés.

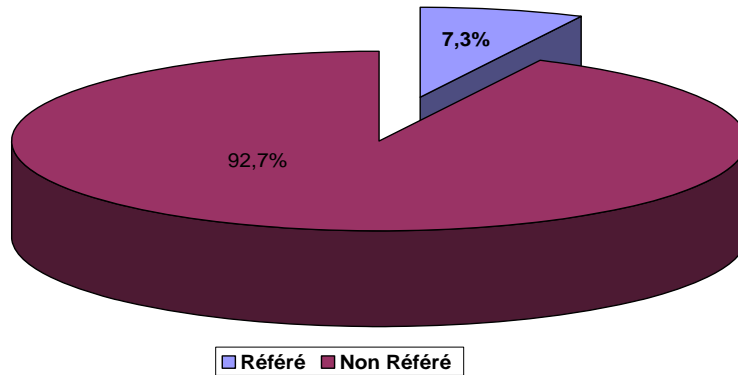
**Tableau LII**: Répartition des nouveau-nés selon la réanimation et la voie  
d'accouchement

Réanimation	Voie basse		Voie haute	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	13	19,4	5	11,6
Non	54	80,6	38	88,4
<b>Total</b>	<b>67</b>		<b>43</b>	

19,4% des nouveau-nés accouchés par voie basse étaient réanimés contre 11,6% par voie haute.

#### 4.8. Référence du nouveau-né :

**Figure XII :** Répartition des parturientes selon le transfert du nouveau-né en néonatalogie.



Huit nouveaux-nés étaient transférés en Pédiatrie du CHU Gabriel Touré soit 7,3% des nouveau-nés.

#### 4.9. Etat du nouveau-né :

**Tableau LIII :** Répartition des parturientes selon état du nouveau-né.

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	106	96,4
<b>Décès néonatal</b>	<b>4</b>	<b>3,6</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Le taux de décès néonatal était de 3,6%.

**Tableau LIV :** Répartition des nouveau-nés selon la cause du décès.

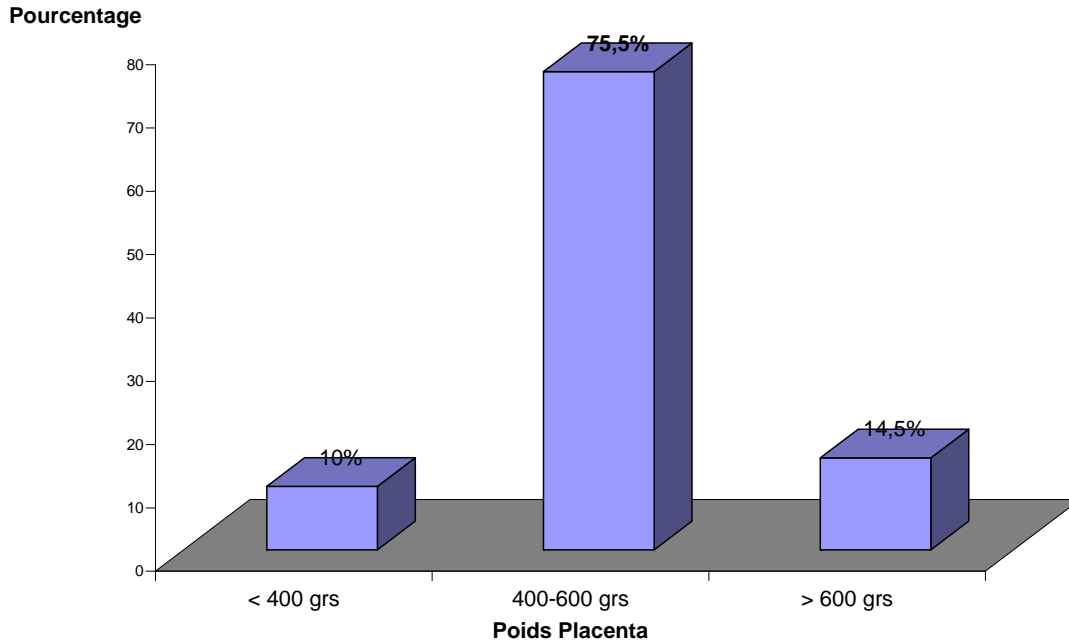
Causes	Effectif	Pourcentage
<b>Prématurité + Détresse respiratoire</b>	<b>3</b>	<b>75</b>
Détresse respiratoire	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

La prématurité a été la principale cause de décès de nos nouveau-nés.

#### 4.10. Paramètres du placenta et du cordon :

##### 4.10.1. Placenta :

**Figure XIII** : Répartition des parturientes selon le poids du placenta.



Le poids moyen de placenta est de 520,95 grammes avec des extrêmes de 250 et 900 grammes.

##### 4.10.2. Longueur du cordon :

**Tableau LV** : Répartition des parturientes selon la longueur du cordon

Longueur du cordon (cm)	Effectif	Pourcentage
< 50	16	14,6
<b>50 -70</b>	<b>90</b>	<b>81,8</b>
> 70	4	3,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La longueur moyenne du cordon de notre étude est de 56,26 cm avec des extrêmes de 28 cm et 79 cm.



## 5. Hospitalisation :

**Tableau LVI** : Répartition des parturientes en fonction de la durée  
d'hospitalisation (en jours).

Durée hospitalisation (jours)	Effectif	Pourcentage
<b>≤1 jour</b>	<b>66</b>	<b>60</b>
2 à 4 jours	39	35,5
> 4 jours	5	4,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation moyenne dans notre étude était de 2 jours avec des extrêmes de 1jour et 9 jours.

## RESULTATS ANALYTIQUES :

### 6. Résultats analytiques :

#### 6.1. Durée du travail d'accouchement par voie basse :

**Tableau LVII** : Répartition des parturientes selon la durée du travail  
d'accouchement par la voie basse et l'état du nouveau-né.

Etat du nouveau-né Durée du travail en H	Nouveau-né vivant n=65		Nouveau-né décédé n=2	
	≤12 Heure	61	57,6%	1
>12 Heure	4	3,8%	1	25%
<b>Total</b>	<b>65</b>		<b>2</b>	

**Test de Fisher p=0,144**

**Tableau LVIII** : Répartition des parturientes selon la durée du travail  
d'accouchement par voie basse et l'Apgar du nouveau-né à la 1<sup>er</sup> minute.

Apgar Durée du travail	Apgar 1-3		Apgar : 4 – 7		Apgar > 7	
	≤12 Heure	1	1,6%	8	12,9%	53
>12 Heure	2	40%	2	40%	1	20%
<b>Total</b>	<b>1</b>		<b>8</b>		<b>58</b>	

**Test de Fisher p=0,0041**

La durée du travail a influencé le score d'Apgar du nouveau-né à la première minute la différence était statistiquement significative  
p= 0,0041

### 6.3. Réanimation :

**Tableau LIX** : Répartition des nouveau-nés réanimés en fonction de la voie d'accouchement et l'état du nouveau-né.

Réanimation et Voie Etat du nouveau-né	Réanimation/ Voie basse		Réanimation /Voie haute	
	Oui	Non	Oui	Non
Nouveau-né Vivant	11	54	4	37
Nouveau-né décédé	2	0	1	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>54</b>	<b>5</b>	<b>38</b>

**Test de Fisher p = 0,035**                      **Test de Fisher p = 0,221**

Les deux nouveau-nés décédés accouchés par voie basse étaient réanimés à la naissance la différence était statistiquement significative (**p= 0,035**).

### 6.4. Age de la parturiente :

**Tableau LXVII** : Répartition des parturientes selon l'âge et l'état du nouveau-né.

Etat du nouveau-né Tranche d'âge	Nouveau-né vivant		Nouveau-né décédé	
	14 – 19 ans	19	17,9%	1
<b>20 – 25 ans</b>	<b>34</b>	<b>32,1%</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>
26 – 31 ans	25	23,6%	1	25%
32 – 37 ans	17	16,1%	0	0%
38 – 43 ans	10	9,4%	0	0%
≥ 44 ans	1	0,9%	0	0%
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	

**Khi<sup>2</sup>= 1,54    p=0,907**

Les décès de nouveau-né étaient enregistrés chez parturiente d'âge inférieur à 32 ans

**Tableau LXIX :** Répartition des parturientes selon la parité, voie d'accouchement et état périnatal du nouveau-né.

Voie d'accouchement Parité	Voie basse				Voie haute			
	Vivant		Décédé		Vivant		Décédé	
Nullipares	14	87,5%	2	12,5%	18	94,7%	1	5,3%
Primipares	14	100%	0	0%	8	100%	0	0%
Paucipares	14	100%	0	0%	6	85,7%	1	14,3%
Multipares	20	100%	0	0%	9	100%	0	0%
Grande multipare	3	100%	0		4		0	
<b>Total</b>	<b>65</b>		<b>2</b>		<b>41</b>		<b>2</b>	

Les nullipares ayant accouchés par voie basse **Khi<sup>2</sup>= 6,57 p= 0,010**

Les nullipares ayant accouchés par voie haute **Khi<sup>2</sup>= 0,03 p= 0,865**

Chez les nullipares la voie basse a influence l'état du nouveau-né la différence était statistiquement significative (**p=0,010**)

#### **6.5. Poids du nouveau-né :**

**Tableau LXX:** Répartition des nouveau-nés selon de l'état des nouveau-nés et poids.

Etat du nouveau-né Poids du nouveau-né (gr)	Vivant		Décédé	
	< 2500	7	6,6%	3
2500 – 3999	91	85,8%	1	25%
≥ 4000	8	7,6%	0	0%
<b>Total</b>	<b>106</b>		<b>100</b>	

**Khi<sup>2</sup>= 21,84 p= 0,000018**

Plus de la moitié (75%) des nouveau-nés décédés avaient un poids < 2500 gr la différence était statistiquement significative (**p=0,000018**)

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### **A- Fréquence :**

Notre étude, réalisée au Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako a couvert une période de 19 mois, du 29 décembre 2006 au 1<sup>er</sup> Août 2008. Elle a permis d'enregistrer 5350 accouchements dont 110 en présentation du siège remplissant les critères d'inclusions de l'étude. La fréquence de l'accouchement en présentation du siège dans notre service a été de 2,06%. La fréquence de l'accouchement par voie basse représentait 60,9% tandis que celle de la voie haute était de 39,1%.

Dans la littérature, la fréquence globale de la présentation du siège dans le cadre des grossesses mono-fœtales varie très peu d'un auteur à l'autre. Celle que nous avons obtenue (2,06%) se rapproche à certaines études :

En Europe Suzanne F [29] 2,15% en France, Kutlar I [34] 2,4% en Turquie.

En Afrique, Amadou Issa A [35] au Niger, Ilesanni OA [36] au Nigeria, Mektit T A [37] en Ethiopie, Moussa K [6] au Mali ont rapportés des taux respectifs de : 2,42%, 2,1%, 2,76% et 2,74%.

Notre fréquence par contre est, supérieure à celle de Kouakou F [38] 1,52% en côte d'ivoire, Dicko B [10] et Dembelé A [5] au Mali avec respectivement : 1,42 % et 1,72 %.

Des taux supérieur au notre sont notés dans la littérature. En effet, au Canada Hannah-Hannah [39], Granzon-Henrion [40] en France, Milliez J [41] en Tunisie et S.F Buambo-Bamanga [42] au Congo avaient respectivement rapportés : 3%, 3%, 3,9% et 4,7%.

Cette différence entre nos résultats et ceux des autres études s'explique par la méthodologie variable selon les contextes et les objectifs définis.

L'augmentation de la fréquence des accouchements par le siège dans notre étude comparativement à celle de Dembelé A [5] et Dicko B [10] au Mali peut s'expliquer par l'accent mis sur la référence et l'évacuation de ce type d'accouchement vers le niveau II et III de la pyramide sanitaire en République du Mali car Diarra S [43] dans son étude faisait le constat amère

de certaines maternités périphériques qui acceptaient encore les accouchements du siège dans leur structure.

## **B- Caractéristiques Sociodémographiques :**

### **B-1 : Age des parturientes :**

Nos résultats montrent que l'âge des parturientes est compris entre 15 ans et 47 ans. 56,3% des parturientes ont un âge compris entre 20 – 31 ans et la tranche d'âge 20 – 25 ans domine notre échantillon avec 32,7%.

L'âge moyen de nos parturientes est de 25 ans. Ce résultat est comparable à ceux de Erkayas [34] en Turquie, Rosenau L [28] en France, Farsi IF [4] au Sénégal, Dicko B [10] et Moussa K [6] au Mali trouvaient respectivement : 25 ans, 27 ans, 27 ans, 24 ans et 26 ans.

Nous pensons que l'âge maternel n'est pas corrélé à la présentation du siège ; néanmoins, l'âge maternel peut influencer négativement le pronostic néonatal. Les décès néonataux au cours de notre étude étaient enregistrés chez des parturientes d'âge inférieur à 26 ans.

### **B-2 : Conditions socio-économiques :**

#### **B-2.1 : Profession des parturientes :**

Notre population d'étude est majoritairement constituée de ménagères soit 57,3%, suivies des commerçantes 15,5%, Etudiante/Elève 10,9%, Artisanne 9,1%, Aide ménagère 3,6%, Fonctionnaires 3,6%. La plupart des études réalisées en République du Mali trouvent un taux élevé des ménagères ainsi Dicko B [10], Dembelé A [5] et Moussa K [6] trouvaient respectivement : 91,3%, 89,7%, et 71,43%. Ce taux de ménagères est en nette régression.

Nous pensons que la profession est un facteur non négligeable pour le pronostic fœtal car 50% de décès étaient de nouveau-nés dont la mère était aide-ménagère.

#### **B-2.2 : Statut matrimonial des parturientes :**

Notre échantillon est composé de 13,6% de femmes célibataires et 86,4% de femmes mariées. Nos résultats montrent que 33,3% de célibataires avaient effectués un nombre de CPN  $\geq 4$  contre 48,5% chez des parturientes mariées,

de même 26,7% de célibataires avaient effectué au moins une échographie contre 57,9% de parturientes mariées. Nous pensons que les conditions socio-économiques sont des facteurs importants du pronostic foeto-maternel.

### **B-2.3 : Niveau d'étude des parturientes :**

La majorité de nos parturientes avait un niveau d'instruction primaire soit 55,5%. La population non scolarisée représentait 10% ce résultat est meilleur à celui de Dicko B [10] qui trouvait 72% de non scolarisées chez les cas contre 75% chez les témoins.

### **B-2.4 : Provenance des parturientes :**

Nos résultats montrent que 65,5 % des parturientes résident en commune II du district de Bamako. D'autres par contre venaient de la commune I 18,2%, commune III 4,5 %, commune IV 1,8%, commune V 1,8%, commune VI 5,5%, et hors du district de Bamako (Kati) 2,7%. Notre maternité malgré sa situation géographique (proche du CHU GB) reçoit des parturientes des différentes communes du district de Bamako et de la périphérie.

## **C- Suivi de grossesse :**

Selon les recommandations de l'OMS, le nombre de consultations prénatales doit être supérieur ou égal à quatre durant les neuf mois de grossesse. Celles-ci permettront de dépister à temps les grossesses à risque afin d'organiser leur prise en charge correcte et rapide. Ainsi il sera possible d'éviter la survenue d'éventuelles complications et de réduire la morbidité et la mortalité foeto-maternelle. Au total, 7,2% des parturientes de notre étude n'avaient effectuées aucune consultation prénatale. Nous pensons que l'absence de consultations prénatales s'expliquerait par le faible niveau socio-économique des femmes car notre étude montre 75% des parturientes n'ayant pas effectuées de CPN étaient des Aides ménagères.

Notre taux de grossesses non suivies est inférieur à ceux de EDSM [44] et Moussa K [6] au Mali, Farsi I L [4] au Sénégal qui ont rapportés des taux respectifs de 18% ; 33,6% ; 34,1%. La moyenne des CPN effectuées au cours

de étude est de trois CPN ce qui est inférieur aux recommandations de l'OMS. Notre moyenne de CPN est inférieure à celle de Dicko B [10] au Mali qui trouvait quatre.

## **D- Antécédents :**

### **D-1 : Antécédents chirurgicaux :**

Au cours de notre étude nous avons retrouvés les antécédents chirurgicaux chez 10,9% de nos parturientes dont 1,8% de laparotomie pour grossesse extra-utérine et 9,1% de césarienne. Notre taux d'utérus cicatriciel est inférieur à celui d'Amadou I A [35] qui avait rapporté 21,25% d'antécédent de césarienne. L'utérus cicatriciel présente 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 dans le choix de la voie d'accouchement. Nous pensons comme la majorité des auteurs que l'association utérus cicatriciel et présentation du siège doit être une indication de césarienne prophylactique. Notre étude montre 40% de gestante ayant un utérus cicatriciel ont bénéficiées d'une césarienne prophylactique contre 60% qui étaient prise en urgence. Ce résultat peut s'expliquer par la crainte de l'intervention chirurgicale mais surtout par la mauvaise qualité de CPN.

### **D-2 : Antécédents obstétricaux :**

#### **D-2.1 : Antécédents d'accouchement en présentation du siège :**

Une parturiente avait un antécédent personnel de présentation du siège au cours de notre étude soit 0,90% de la population d'étude. Ce taux est inférieur à ceux de Seeds JW [45] aux Etats-Unis, Rosenau L [28] en France, qui trouvaient respectivement 3,1% et 8%. Dembelé A [5] et Moussa K [6] au Mali dans leur étude avaient enregistrés 10,1% et 11%.

#### **D-2.2 : Gestité :**

Nos résultats montrent que les paucigestes et les primigestes dominent notre échantillon avec respectivement 31,8% et 27,3%. La gestité moyenne de notre étude est de 3,5 avec des extrêmes de 1 à 12. Notre gestité moyenne



est proche de celle de Dicko D [10] qui trouvait 5,57 avec des extrêmes de 1 à 14.

### **D-2.3 : Parité :**

La parité est un facteur pronostic dans l'accouchement, les nullipares représentaient 31,8% et dominent notre population d'étude, les multipares représentaient 29,1%. Alors que les primipares, paucipares ne représentaient que 20%, 19,1%. Notre taux de 31,8% de présentation du siège chez les nullipares pourrait s'expliquer par l'hypotrophie utérine. Il s'agit d'utérus mal constitué ou mal étoffé, certains sont étroits et cylindrique, leur paroi manque de souplesse, le fœtus y est alors souvent à l'étroit. Notre taux de nullipare est proche de celui de Moussa k [6] qui trouvait 33,6% de nullipare.

Quant au multipare classiquement le trouble de l'accommodation du au relâchement des parois utérines expliquerait la survenue de la présentation du siège chez les multipares.

## **E- Examen à l'admission au CSRef CII :**

### **E-1 : Taille de la parturiente :**

Notre étude montre que deux parturientes avaient une taille inférieure à 1,50 m. La taille moyenne était de 1,64 m avec des extrêmes de 1,47 m et 1,80 m. En obstétrique la mesure de la taille est importante pendant les CPN mais aussi dès l'admission de la parturiente en salle d'accouchement. L'examen clinique du bassin de ces deux parturientes retrouve un bassin limite. Ces deux parturientes auraient dû bénéficier à la consultation du troisième trimestre d'une évaluation du bassin et bénéficiées d'une césarienne prophylactique. Notre taille moyenne est proche de Rosenau L [28] en France et Farci IF [4] au Sénégal qui trouvaient respectivement 1,62 m (1,39 m – 1,78 m) et 1,63 m.

### **E-2 : Mode de présentation et variétés :**

Dans la littérature le siège décompleté mode des fesses est le plus fréquent au cours de notre étude le siège complet représentait 58,2% contre 41,8% de

siège décomplété ce qui est l'inverse de la tendance observée. S.F Buambo-Bamanga [40] au Congo trouvait 65,1% de siège décomplété contre 34,9% de siège complet. La majorité des études réalisées au Mali retrouve une fréquence élevée de siège complet ainsi Dicko B [10], Moussa K [6] trouvaient 50,5% et 54,6% de siège complet. Ce constat mérite d'être élucidé.

La variété sacro-iliaque gauche antérieure a été la plus fréquente avec un taux de 69,1% ce résultat est en accord avec la majorité des études effectuée sur la présentation du siège. Néanmoins notre taux est inférieur à ceux de Farsi IF [4], Dicko B [10] et Moussa K [6] qui ont rapportés des fréquences respectives de 85,5%, 95% et 80,81%

### **E-3 : Bruit du cœur foetal :**

La mesure du bruit du cœur foetal systématique à l'admission de la parturiente en salle d'accouchement permet d'apprécier l'état du fœtus. Dans notre service cette mesure se fait au stéthoscope de Pinard car nous ne disposons pas de cardiotocographe. Ainsi la souffrance fœtale est diagnostiquée lorsque les BCF sont inférieurs à 120 battements/min ou supérieur à 160 battement /min. Notre étude montre que 3,6% avaient des BCF anormaux à l'admission avec deux cas de tachycardie et deux de bradycardie dont une sévère. La valeur moyenne des BCF est de 138 battements/min avec des extrêmes de 80 et 167 battements/min. Altération des BCF dans notre série était due à plusieurs facteurs dont la procidence du cordon, les dystocies dynamique et mécanique.

Notre taux de BCF anormaux est inférieur à celui observé par Moussa K [6] 17,6%. Cette différence peut s'expliquer par le matériel de surveillance du fœtus et la place de nos structures sanitaires au niveau de la pyramide sanitaire du Mali.

### **E-4 : Dilatation du col :**

Le partogramme reste l'outil indispensable pour le suivi adéquat du travail d'accouchement. Il permet de diviser l'évolution de la dilatation du col de l'utérus en deux phases : la phase de latence pour des dilatations inférieures

à 4 cm et une phase active pour des dilatations supérieures ou égales à 4 cm sachant que la dilatation maximale est 10 cm.

L'analyse de nos résultats montre que les parturientes admises en phase de latence représentent 20,9% contre 89,1% en phase active dont 23,6% à dilatation complète. Dicko B [10] trouvait 27% de parturientes admises en phase de latence.

### **E-5 : Poche des eaux :**

La poche des eaux était rompue chez 49,1% de nos parturientes dont 9,3% avec un délai supérieur à 12 heures. La rupture de la poche des eaux permet l'écoulement du liquide amniotique hors de la cavité utérine ce liquide est un élément fondamental de surveillance clinique du travail. Le liquide amniotique était clair chez 81,5% de nos parturientes admises avec la poche des eaux rompue. Les parturientes admises avec la poche des eaux intacte représentaient 50,9% ; ce résultat est meilleur à celui de Dicko B [10] qui trouvait 13,4% des cas.

### **E-6 : Niveau de la présentation du fœtus :**

Nos résultats montrent que plus de la moitié des parturientes avaient une présentation engagée à l'admission soit 64,5%. Dicko B [10] trouvait 29% de présentation engagée. Cette différence peut s'expliquer par le fait que 89,1% de nos parturientes étaient admises en phase active du travail (dont 23,6% à dilatation complète.).

### **F- Accouchement:**

L'accouchement du fœtus en présentation du siège est considéré potentiellement dystocique. 60,9% des parturientes ont accouché par voie basse contre 39,1% par césarienne. Dans notre service le pronostic d'accouchement par voie basse est posé chez les parturientes ayant un bassin normal, parité supérieur ou égale à un, utérus non cicatriciel, fœtus de poids normal, et dont le travail évolue normalement. Au cours de notre étude 45,7% de nullipares ont accouchés par voie basse, ce sont des parturientes qui arrivaient à dilatation complète et dont l'engagement du

foetus était supérieur ou égal à 3. Ces parturientes auraient bénéficiés d'une césarienne prophylactique ou en urgence. Nous pensons que l'absence de CPN, la mauvaise qualité de CPN et surtout la peur de la césarienne sont parmi tant d'autres raisons qui expliquent cet état.

Notre taux d'accouchement par voie basse 60,9% est proche de T. Sy [46] à Conakry, Moussa K [6] au Mali qui trouvaient respectivement 59,02% et 62,2%. Mais inférieur à celui de S.F Buambo-Bamanga [42] à Brazzaville 88,1%.

La césarienne représente 39,1% de notre voie d'accouchement, il s'agit de césarienne prophylactique 9,3% et 90,7% en urgence. Les principales indications de la césarienne étaient la nulliparité (44,3%), l'utérus cicatriciel (23,3%) et SFA (11,7%).

Dans la littérature les taux de césarienne sont variable ils sont plus élevés dans les pays développés avec des taux allant de 61,4% et 90% au (USA) [8, 47,48]. Notre taux de césarienne est supérieur à la majorité des études Africaines que nous avons consultées [6, 42, 49, 38, 10]. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces variations dans les différentes séries ce sont entre autre les moyens de surveillance du travail, le protocole de chaque service, la gratuité de la césarienne en République du Mali.

Certaines manœuvres obstétricales ont été pratiquées, elles sont dominées par la manœuvre de Bracht 95,5% et de Mauriceau 4,5%. Nous n'avons pas eu recours à la manœuvre de Vermelin ni à l'application du forceps pour la rétention de la tête dernière. Moussa k [6] trouvait dans son étude 62,5% manœuvre Mauriceau suivie de celle de Bracht 37,5%. Nous pensons que cette différence est due à un problème d'école.

La majorité de nos parturientes avaient une durée du travail inférieur à douze heures soit 92,5%. La durée d'expulsion moyenne était de 14 min 28 s avec des extrêmes de 05 à 40 min. Ces résultats peuvent s'expliquer par la pose d'une perfusion d'ocytocine en phase active chez nos parturientes et l'épisiotomie systématique chez toutes les parturientes ayant accouchés par voie basse.

## **G- Examen du nouveau-né:**

### **G-1 : Sexe :**

Nos résultats présente une prédominance du sexe masculin soit 53,6%. Dembélé A [5] trouvait dans son étude 57,1% du sexe féminin contre 42,9% de masculin. Des quatre décès nous avons enregistré deux de sexe masculin.

### **G-2 : Caractères anthropométriques du nouveau-né :**

#### **G-2.1 : Poids du nouveau-né :**

Le poids du fœtus est un facteur pronostique important dans le choix de la voie d'accouchement du fœtus en présentation du siège. Le poids moyen de nouveau-né de notre étude était 3074,54 gr avec des extrêmes de 1200 – 4900 gr. La prématurité représentait de 9,1% tandis que la macrosomie était 7,3% ce qui représente un facteur de risque de rétention de la tête dernière. La principale voie d'accouchement des macrosomes (poids  $\geq$  4000gr) a été la voie haute soit 62,5%. Le poids du nouveau-né a influencé son état périnatal car 75% de nouveau-né décédé avait un poids  $<$  2500gr, La différence était statistiquement significative (**p=0,000018**)

#### **G-2.2 : Périmètre crânien :**

Le périmètre crânien moyen de notre étude était 33,02 cm avec des extrêmes de 24 cm et 39 cm. Le périmètre crânien de notre étude est proche de celui trouvé par Farsi IF. [4] au Sénégal qui était de 33,3cm. Le périmètre crânien est un facteur de bon pronostic foetal s'il est inférieur à 37 cm Bistoletti P [47].

Nos résultats montrent que la majorité (79,1%) de nouveau-né avait un périmètre crânien compris entre 32 – 36 cm tandis que le 1,8% avaient un périmètre crânien supérieur ou égal à 37 cm.

### **G-3 : Score d'Apgar :**

En pratique courante, on vérifie dans les dix premières minutes de vie la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine par la cotation du score proposé par Virginia Apgar en 1953.

Notre étude montre que le score d'Apgar à la première minute de nouveau-né par césarienne était inférieur ou égal à 7 chez 11,6% tandis que 88,4% avait un score d'Apgar supérieur à 7. Ce résultat est supérieur à celui de Dicko B [10] qui trouvait le score d'Apgar inférieur ou égal à 7 chez 26% de nouveau-né par voie haute.

A la cinquième minute 95,3% de nouveau-né par césarienne avaient un score d'Apgar supérieur à 7. Ce résultat sont supérieur à ceux de Kouakou F [38], Moussa K [6] qui trouvaient respectivement 81,25%, 82% de nouveau-nés dont le score d'Apgar était supérieur à 7 à la cinquième minute. Cette différence peut s'expliquer par le niveau de nos structures sanitaires mais surtout par la disponibilité du kit de la césarienne et du bloc opératoire dans notre service vingt quatre heure sur vingt quatre.

La voie basse a constituée notre principale voie d'accouchement soit 60,9%. Le score d'Apgar à la première minute inférieur ou égal à 7 était observé chez 23,8% avec un score d'Apgar de mort apparente (02/10) chez un prématuré. Meye JF [50] au Gabon avait obtenu 39,8% de nouveau-né avec un score d'Apgar inférieur ou égal à 7. Ce taux élevé d'Apgar inférieur ou égal à 7 était attribué à la prématurité (35%) de son échantillon.

A la cinquième minute 95,5% de nouveau-né avaient un score d'Apgar supérieur à 7 ce résultat est supérieur à ceux de Kouakou F [38], Meye JF [50] qui trouvaient respectivement 75% et 84,3%.

#### **G-4 : Réanimation du nouveau-né :**

Au cours de notre étude la réanimation a été effectuée chez 16,4% de nouveau-né. Parmi ces nouveau-nés réanimés 72,2% étaient nés par voie basse contre 27,8% par voie haute. La désobstruction des voies aériennes, la ventilation manuelle au ballon et le massage cardiaque externe ont été les principales techniques de réanimation de notre série d'étude. Notre résultat est meilleur à ceux de Dicko B [10] et Dembélé A [5] au Mali qui trouvaient respectivement 28% et 56,9%. Cette différence peut s'expliquer par des efforts entrepris dans le domaine de la référence et l'évacuation mais aussi par la gratuité de la césarienne et la disponibilité d'un personnel qualifié à ce type d'accouchement.

## **H- Pronostic:**

### **H-1: Pronostic maternel:**

Le pronostic maternel est en général bon dans l'accouchement en cas de présentation du siège. Au cours de notre étude nous n'avons enregistré aucun décès maternel par contre plusieurs complications morbides ont été observées. Ces complications sont liés au suivi de la grossesse et ou au mode d'accouchement. Ainsi les complications rencontrées ont été la fièvre isolée (40 cas), endométrite (2 cas), déchirure du col (1 cas), rupture utérine (1 cas) diagnostiquée après accouchement, toux sèche (1 cas). L'augmentation de la fréquence des césariennes est un facteur à prendre en compte afin d'éviter aux patientes des complications de type suppuration pariétale.

### **H-2: Pronostic foetal et néonatal:**

Le pronostic foetal a été marqué par la souffrance foetale aiguë (7,3%), quatre décès (3,6%). Les décès étaient enregistrés après transfert en néonatalogie. Le mode d'accouchement de ces nouveau-nés décédés était :

- la césarienne en urgence dont les indications étaient (la procidence du cordon battant ; SFA).

- la voie basse pour deux parturientes admises en phase expulsive dans un tableau de SFA. Nous pensons que ces décès auraient pu être évité si les parturientes étaient arrivées en début du travail d'où la nécessité du suivi prénatal.

Au cours de notre étude nous avons enregistré l'accouchement par voie basse chez seize parturientes nullipares, arrivées en phase expulsive, dont le pronostic a été marqué par deux décès périnatal et 25% de nouveau-né avaient un score d'Apgar inférieur à sept à la première minute contre 10% de nouveau-né nullipare accouchés par césarienne. Nos résultats montrent que le pronostic foetal a été influencé par le poids du nouveau-né et la voie d'accouchement surtout chez les nullipares. Plus de la moitié (75%) des nouveau-nés décédés avaient un poids < 2500 gr la différence était statistiquement significative (**p=0,000018**). Chez les nullipares la voie basse

a influence l'état du nouveau-né la différence était statistiquement significative (**p=0,010**)

Nos avons obtenu un taux de décès bas par rapport aux différentes études réalisées au Mali [**5, 6,10**] dans le cadre d'accouchement du siège.



## CONCLUSION :

Au terme de cette étude rétro prospective descriptive et transversale portant sur l'accouchement par le siège de grossesse mono-fœtale évolutive nous avons obtenu une fréquence de 2,06% de présentation du siège. Le mode de présentation le plus fréquent a été le siège complet 58,2%. La variété sacro-iliaque gauche antérieure a été la plus fréquente 69,1%. La voie haute a été privilégiée au cours de l'accouchement à 39,1% dont 90,6% en urgence. La principale manœuvre obstétricale a été la manœuvre Bracht 95,5% contre 4,5% de la manœuvre de Mauriceau. Le pronostic fœtal a été dominé par la souffrance fœtale aiguë (7,3%), la mort périnatale (3,6%). Le pronostic foetal a été influencé par le suivi de la grossesse et du travail d'accouchement, la voie d'accouchement et la prématurité. Le pronostic maternel en général bon a été dominé par une déchirure du col (0,9%), une rupture utérine incomplète (0,9%), l'endométrite (1,8%), fièvre (36,4%).

Ces résultats montrent que des efforts pour des consultations prénatales de qualité et surtout l'amélioration des soins obstétricaux et néonataux d'urgence s'imposent afin de réduire le risque lié à l'accouchement en présentation du siège.

## **RECOMMANDATIONS:**

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux Autorités administratives sanitaires :**

- Poursuivre la dotation des centres de santé en matériels médicaux pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement (cardiotopographe).
- Poursuivre la formation de base de qualité et une formation continue du personnel de santé dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et de l'accouchement du siège en particulier.
- Aider les gestantes à revenu limité par le canal des affaires sociales à la réalisation du bilan prénatal.

### **Aux Personnels sanitaires :**

- Faire le diagnostic à temps des présentations du siège afin de référer et d'évacuer vers des centres spécialisés.
- Réaliser l'examen du bassin et demander systématiquement un examen échographique en fin de grossesse afin de déterminer le type de présentation, d'estimer le volume fœtal et le choix de la voie d'accouchement.
- utiliser rationnellement le partogramme pour tout accouchement dans toutes les structures de santé afin de déceler à temps toutes anomalies du travail d'accouchement.

### **Aux Gestantes :**

- Réaliser des consultations prénatales par toutes les gestantes pour l'identification des facteurs pronostiques de l'accouchement.
- Effectuer le bilan prénatal pendant les consultations prénatales.
- Fréquenter les structure de santé dès l'apparition des contractions utérines douloureuses.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1- J. M. Thoulon, F. Puech, G. Boog.**

Obstétrique. Ellipse, 32 Rue Bargue 75015, Page 764.

**2- Dominique Cabrol, J.C. Pons, F. Goffinet.**

Traité d'obstétrique. Flammarion 4, Rue Casimir Delavigne, 75006 Paris,  
2003, Page 821.

**3- Robert M, Jean L, Jean M.**

Précis d'obstétrique. Présentation du siège. Masson 6<sup>e</sup> édition Paris 1995.  
185.

**4- Farsi. I. F.**

Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège suivi néonatal  
précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire : Etude  
prospective dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de  
Dakar

Thèse Med, Dakar, 1993.146.

**5- Dembelé A**

Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans  
les maternités du district de Bamako : 192 cas.

Thèse Med, Bamako, 1988.18

**6- Koné Moussa.**

Accouchement en présentation par le siège : Pronostic fœtal et maternel  
dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré Bamako

Thèse Med, Bamako 2005. 75.

**7- Maillet R, Patrick JS, Colette C.**

Complication du siège : Relèvement du bras.

Hachette Pratique, 2001. 63. 7-15

**8- Dyson D C, Ferguson J.E, Henseleigh P.**

Antepartum external cephalic version unders tocolysis.

Obstet Gynecol 1986; 67: 63-80.

**9- Georges P.**

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

XIV<sup>e</sup> JTA avancées en gynécologie obstétrique Pma et Pédiatrie 1999 ;  
1-6.

**10. Dicko B.**

Accouchement du siège, Pronostic foetal à propos de 103 cas.

Thèse Med, Bamako 2001. 67.

**11. J. Delotte, L. Boubli.**

Accouchement du siège : quel est le débat ? JTA

**12. Barba Arino- Monnier P; Boutroy JL**

La présentation du siège.

Obstétrique, Ellipse, Paris, 1995

**13. kayen G.**

Voie d'accouchement en cas de présentation du siège

J. Gynecol obstét Biol Reprod 1981; 10: 623.

**14- Lansac J.**

Obstétrique pour le praticien : accouchement et suites de couches.

Paris ; Masson, 3<sup>eme</sup> édition, 1973. 473 p.

**15- Mahon R.**

De la déflexion primitive de la tête dans la présentation du siège.

Rev Fr Gynécol Obstét 1953 ; 48 : 70-79

**16- Toulouse R.**

Deux cas de déflexion de la tête au cours de la présentation du siège

Gynécol Obstét 1947 ; 46 : 347-349

**17- Denis A, Texier M, Rouchy R.**

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

**18- Ghassan H**

Contribution à la détermination de l'incidence des facteurs de risques dans l'accouchement en présentation du siège issu des grossesses unifoetales.

Thèse Med, 1980 Université Nationale, Faculté de Médecine. Cote d'Ivoire

**19- Picaud JC, Salle B L, Audra P, Walther M, Boussebart T.**

Accouchement en présentation par le siège à terme.

Point de vue du néonatalogue.

XIV<sup>e</sup> JTA en Gynécol Obstet, 1999.42 : 391-396.

**20- Barrat J, Bossart H, Lewin D, Renaud R.**

Traité d'obstétrique : Grossesse pathologique et l'accouchement dystocique.

**21- Lips U, Fracke C, Prader A.**

Testicular volume and function in adolescence after breech delivery.

Helv Pediatr Acta 1979; 34: 437-442

**22- Sauvage P, Messer J, Leissner P et coll.**

Lésions majeures des testicules observées chez les enfants nés par le siège

Rev Fr Gynécol Obstét 1973 ; 68 : 579-584.

**23- Lacomme M.**

Pratique obstétricale

Masson. 2<sup>e</sup> Edit Paris, 1960. 453

**24- Creze J.**

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

**25- Dubois J.**

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

Gynécol Obstet Biol Reprod 1981 ; 10 : 479-492.

**26- Dubois J, Fraisse E.**

Le siège aujourd'hui. Con Méd 1982 ; 104 : 7219-7226

**27- Claudine Amiel tison.**

Le devenir des enfants nés en présentation du siège.

Gazette Med 1984 ; 91, 37.

**28- Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H.**

Facteurs pronostic de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetal à terme.

Rev. fr. Gynecol, 1990, 85,5,271-281.

**29- 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.

**30- Cheng M, Hannah M.**

Breech delivery at term: ca critical review

Jr of perinat Med 1989; 17, 2: 121- 126.

**31- OMS, UNICEF,**

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement :

Guide destiné à la sage-femme et au médecin

Organisation mondiale de la santé, 2004

**32- Wieggers, Hannah**

Présentation du siège et accouchement à domicile.

Dossier obstet 2001; 295: 36.

**33- <http://www.mairiebamako.africa-web.org/geo.htm>**

Mairie du District de Bamako, Géographie

**34- Kutlar I, Erkaya S, Tuncer A.**

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

**35- Amadou Issa A.**

Accouchement par le siège à la maternité Issaka Gazobi de Niamey  
These Med, Niamey, 2008

**36- Ilesanni O A, Sobowale O A, Marinho OA.**

Out come of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital  
Oluyoro  
Ibadan African J of medicine and medical sciences 1996: 25(1) 41-6

**37- Mekbib T A.**

Breech delivery and foetal outcome: a review of 291 cases.  
Ethiopian Med Jr 1995: 33(3): 175-82.

**38- Kouakou F,**

Accouchement du siège dans une commune d'Abidjan : Pronostic  
maternel et néonatal.  
These Med, Cote d'Ivoire, 2005.

**39- Hannah M E, Hannah W J, Hodnett E D, Saigal S.**

Accouchement par présentation du siège par voie vaginale: la fin d'une  
époque  
Lancet 2000 ; 356 : 1357-83.

**40- Granzon A, Henrion R**

Présentation du siège.  
Edit technique, Encycl Med chir (Paris), Obstétrique, 5026, 110, 120 :  
1967

**41- Milliez J, Ghorbel A, Rekiks.**

Activité de la maternité de Sfax 1976 à 1978 à propos de 20000  
accouchements.  
Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1980: 46: 127-149.

**42- S F Buambo – Bamanga**

Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville.  
Thèse Med, Brazzaville, 2003

**43- Diarra S.**

Accouchement du siège chez les primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Med, Bamako, 2006

**44- Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**

Enquête démographique et de santé (EDS). 1995 – 1996.

**45- Seeds J W, Cefalo R C.**

Mal présentations. Clin Obstet Gynecol, 1982, 25, 145-156.

**46- T Sy, Y Diallo,**

Présentation du siège : Mode d'accouchement et pronostic materno-fœtal à la clinique de Gynécologie Obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry

Thèse Med, Conakry, 2007

**47- Laros RK, Flanagan TA.**

Management of term breech presentation: a protocol of external cephalique version and selective trial of labor. Am Jr of Obstet and Gynecology. 172(6): 1916-23; discussion 1923-5, 1995 Jun

**48- Schiff E, Friedman SA, Mashiah S.**

Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries seven years experience at a single center.

Am Jr Obstet Gynecol 1996; 175:18-22.

**49- Bistoletti P, Nisel H, Palme C.**

Term breech delivery: early and late complications. Acta. Obstet. Gynecol. Scand 1981, 60, 165-171.

**50- J F Meye, S Mayi, A S Zue.**

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

Cahiers d'études et de recherches francophone/santé volume 13, Numéro 2, 81-4, Avril 2003



Faculté de Médecine, de pharmacie  
Et Odonto-Stomatologie de Bamako  
Mali.

Bamako, le ..... /...../2008

Centre de santé de référence de la  
Commune II du district de Bamako  
A Missira.

### FICHE D'ENQUETE

Thème: Etudes de l'accouchement du fœtus en présentation du siège à la maternité du centre  
de Santé de référence de la commune II du district de Bamako

#### IDENTIFICATION DE LA PATIENTE :

- Q1 : N° du dossier : .....
- Q2 : Date et Heure d'entrée : .....
- Q3 : Nom et Prénom : .....
- Q4 : Age: /\_\_\_/ (1:inf 14ans. 2:14 à 19ans. 3:20 à 25ans. 4:26 à 31ans. 5:32 à 37ans. 6:38 à 43ans.  
7:sup 44ans. 8:Non disponible.)
- Age : .....
- Q5 : Ethnie: /\_\_\_/ (1:Bambara. 2:Bobo. 3:Bozo. 4:Dafi. 5:Dogon. 6:Malinké 7:Peulh. 8:Sarakolé. 9:Senoufo.  
10:Sonraï. 11:Tamacheck. 12:Autres. 13:Ouolof.)
- Q6 : Activité Socio-Professionnelle : /\_\_\_/ (1: Aide- ménagère. 2: Ménagère. 3:Etudiante/Elève. 4:Artisane.  
5:Commerçante. 6:Fonctionnaire. 7:Vendeuse. 8:Secrétaire. 9:Autres.)
- Q7 : Résidence: /\_\_\_/ (1:Commune I. 2:Commune II. 3:Commune III. 4:Commune IV. 5:Commune V.  
6:Commune VI. 7:Hors de Bamako.)
- Q8 : Niveau d'instruction : /\_\_\_/ (1:Non scolarisée. 2: scolarisée primaire. 3:scolarisée secondaire.  
4:scolarisée supérieure).
- Q9 : Statut Matrimonial : /\_\_\_/ (1:Célibataire. 2:Mariée).
- Q10 : Epoux :
- Q10a : Noms et Prénoms : .....
- Q10b : Age: /\_\_\_/ (1:inf 14ans. 2:14 à 19ans. 3:20 à 25ans. 4:26 à 31ans. 5:32 à 37ans. 6:38 à 43ans.  
7:sup 44ans. 8:Non disponible.)
- Age : .....
- Q10c : Ethnie : /\_\_\_/ (1:Bambara. 2:Bobo. 3:Bozo. 4:Dafi. 5:Dogon. 6:Malinké 7:Peulh. 8:Sarakolé.  
9:Senoufo. 10:Sonraï. 11:Tamacheck. 12:Autres).
- Q10d : Profession:/\_\_\_/ (1:Manœuvre. 2:Etudiant/Elève. 3:Artisan. 4:Commerçant. 5:Fonctionnaire.  
6:Chauffeur. 7:Technicien. 8:Non disponible. 9:Autres. Boulanger.)
- Q10e : Niveau d'instruction: /\_\_\_/ (1:Non scolarisée. 2: scolarisée primaire. 3:scolarisée secondaire.  
4:scolarisée supérieure).
- Q11 : Revenu mensuel du couple (Cfa): /\_\_\_/ (1: <25000. 2: 25000 – 50000. 3: 50000 – 100000. 4:> 100000)

#### MODE D'ADMISSION :

- Q12 : Mode d'admission: /\_\_\_/ (1:Venue d'elle-même. 2:Référé)
- Q13 : Auteur de la référence : /\_\_\_/ (1:Infirmière. 2:Sage femme. 3:Médecin généraliste. 4:Non référée.  
5:Professeur)
- Q14 : Motif de la référence : /\_\_\_/ (1:Présentation du siège. 2:Travail stationnaire. 3:Non référée.  
4:PS+Primigeste. 5:Césarienne Prophylactique. 6:CUD+Grossesse à terme. 7:RPM.)
- Q15 : Moyen de transport : /\_\_\_/ (1:voiture personnelle. 2:transport en commun. 3:Ambulance. 4:Autres)
- Q16 : Date et Heure d'arrivée au centre de santé de référence : .....

#### ANTECEDENTS :

- Q17 : Antécédents Personnel :
- Q17a : Médicaux : /\_\_\_/ (1:HTA. 2:Diabète. 3:Ictère. 4:Anémie. 5:Cardiopathie. 6:Hémophilie.  
7:Asthme. 8:Drépanocytose. 9:Aucun)
- Q17b : Chirurgicaux : /\_\_\_/ (1:Appendicite. 2:Hernie. 3:GEU. 4:Kystectomie. 5:Col cicatriciel.  
6:Césarienne antérieure. 7:Autres. 8:Aucun).

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

Q17c : Gynécologique: /\_\_\_/ (1:Fibrome. 2:Kystectomie. 3:Salpingectomie. 4:Fistule vésico-vaginale.  
5:Cure prolapsus. 6:Myomectomie. 7:Aucun. 8:Autre)

Q17d : Antécédents Obstétricaux :

- 1: Gestité : /\_\_\_/ (1:G1. 2:G2. 3:G3. 4:G4. 5:G5. 6:G6. 7:G7. 8:G8. 9:G9.)
- 2: Parité : /\_\_\_/ (1:P0. 2:P1. 3:P2. 4:P3. 5:P4. 6:P5. 7:P6. 8:P7. 9:P8. 10:P9. 11:P10.)
- 3: Enfants vivant: /\_\_\_/ (1:V0. 2:V1. 3:V2. 4:V3. 5:V4. 6:V5. 7:V6. 8:V7. 9:V8. 10:V9. 11:V10)
- 4: Enfants décédés : /\_\_\_/ (1:D0. 2:D1. 3:D2. 4:D3. 5:D4. 6:D5.)
- 5: Mort-né(s) : /\_\_\_/ (1:Aucun. 2:1mort-né. 3:2mort-né. 4:3mort-né. 5:4mort-né.)
- 6: Nombre Avortements : /\_\_\_/ (1:Aucun. 2:A1. 3:A2. 4:A3. 5:A4.)
- 7: Césarienne antérieure : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)
- 8 : Nombre césarienne antérieure: /\_\_\_/ (1:Aucune césarienne. 2:1Césarienne. 3:2Césarienne.  
4: 3Césarienne.)

Q18 : Antécédents Familiaux :

Q18a : Médicaux : /\_\_\_/ (1:HTA. 2:Diabète. 3:Hémopathie. 4:Asthme 5:Drépanocytose. 6:Aucun.  
7:Autres.)

Q18b : Obstétricaux: /\_\_\_/ (1:Gémellité. 2:Présentation du siège. 3:Aucun. 4:Autres.)

**GROSSESSE ACTUELLE :**

Q19 : DDR : /\_\_\_/ (1:Connue. 2: Inconnue.)

Q20 : Age Gestationnel : /\_\_\_/ (1:<30SA. 2:30 à 33SA. 3:34 à 37SA. 4:38SA+42SA+6jours  
5:sup 42SA+6jours.)

Q21 : CPN :

Q21a : Nombre CPN: /\_\_\_/ (1:0CPN. 2:1 à 2CPN. 3:3 à 4CPN. 4:5 à 6CPN. 5:>6CPN.)

Q21b : Lieu CPN: /\_\_\_/ (1:CSRef CII. 2:CSCOM. 3:Aucun. 4:Clinique Privée)

Q21c : Auteur CPN: /\_\_\_/ (1:Sage femme. 2:Etudiant. 3:Médecin généraliste. 4:Obstétricien. 5:Aucun)

Q22 : BPN :

Q22a : Test Emmel : /\_\_\_/ (1:Positif. 2:Négatif. 3:Non fait)

Q22b : Groupage sanguin : /\_\_\_/ (1:Groupe A. 2:Groupe B. 3:Groupe AB. 4:Groupe O. 5:Non fait.)

Q22c : Groupe rhésus: /\_\_\_/ (1:Rhésus +. 2:Rhésus -. 3:Non fait.)

Q22d : sérologie VIH : /\_\_\_/ (1:Négative. 2:Positive. 3:Non faite.)

Q22e : Taux d'hémoglobine : /\_\_\_/ (1:<8g/dl. 2:8 à 10g/dl. 3:10 à 13g/dl. 4:>13g/dl. 5:Non fait.)

Q22f : Echographie obstétricale faite : /\_\_\_/ (1:Aucune. 2:une échographies. 3:deux échographies.  
4:trois échographies. 5:>trois échographies.)

Q23 : Pathologies au cours de la grossesse: /\_\_\_/ (1:Paludisme. 2:HTA. 3:Diabète. 4:Anémie. 5:Infection urinaire.  
6:Pré-eclampsie. 7:Eclampsie. 8:Aucune. 9:Autres.)

Q24 : Date du début du travail date : ..... /..... /.....

Q25 : Heure du début du travail:.....

Q26 : Poche des eaux : /\_\_\_/ (1:Intacte. 2:Rompue.)

Q27 : Date et heure de la rupture de la poche des eaux :.....

**EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :**

Q28 : Motif d'entrée : /\_\_\_/ (1:CUD. 2:PS. 3:PS+BL. 4:PS+BGR. 5:PS+Utérus cicatriciel. 6:PS+SFA.  
7:Rupture poche des eaux. 8:Césarienne prophylactique. 9:CUD+PS. 10:PS+ Primigeste.)

Q29 : Etat général : /\_\_\_/ (1:Bon. 2:Passable. 3:Mauvais.)

Q30 : Conjonctives : /\_\_\_/ (1:Bien colorées. 2:Moyenne colorées. 3:Pales. 4:Ictériques)

Q31 : Tension artérielle de la parturiente en mmHg:.....

Q32 : Température de la parturiente en C°: /\_\_\_/ (1:<37°C. 2:37 à 38°C. 3:38 à 39°C. 4:>39°C).

Q33 : Poids de la parturiente en Kg :.....

Q34 : Taille de la parturiente en mètre :.....

Q35 : Pous de la parturiente (pulsation / minute) : (1:<60pulsation/minute. 2:60 à 90pulsation/minute.  
3:>90pulsation/minute. 4:Non mesuré.)

Q36 : Présence d'œdème : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Q37 : Présence de cicatrice de césarienne antérieure : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Q38 : Développement de l'axe utérin : /\_\_\_/ (1:Longitudinale. 2:Transversale. 3:Oblique)

Q39 : Hauteur utérine : /\_\_\_/ (1:<30cm. 2: 30 à 34cm. 3:34 à 36. 4:>36.)

Q40 : Contractions utérines : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Q41 : Nombre de CU /10 minutes: /\_\_\_/ (1:< 3CU/10. 2:3 à 5CU/10. 3:5 à 7CU/10. 4:>7CU/10.)

Q42 : Position du dos : /\_\_\_/ (1:Droite. 2:Gauche)

Q43 : BDCF : /\_\_\_/ (1:< 120. 2:120 – 160. 3:> 160).

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

- Q44 : Présentation : /\_\_\_/ (1:Siège complet. 2:Siège décomplété mode fesse. 3:Siège décomplété mode genoux.  
4:Siège décomplété mode pieds)
- Q45 : Préciser le mode de présentation: /\_\_\_/ (1:SIDA. 2:SIGP. 3:SIDP. 4:SIGA)
- Q46 : Aspect du col au toucher vaginal:
- Q46a : Consistance : /\_\_\_/ (1:Ramolli. 2:Ferme. 3:Dure)
- Q46b : Longueur du col au TV: /\_\_\_/ (1: Court. 2: Long. 3: Effacé)
- Q46c : Position du col au TV: /\_\_\_/ (1: Postérieur. 2: Antérieur. 3: Central. 4: Latéral)
- Q46d : Dilatation du col au TV(en cm) : .....
- Q46e : Engagement de la présentation : /\_\_\_/ (1:Engagé. 2:Non engagé)
- Q46f : Degré d'engagement du fœtus : .....
- Q46g : Couleur du liquide amniotique: /\_\_\_/ (1:Clair. 2:Meconiale. 3:Hématique. 4:Jaune. 5:Purée de pois.  
6:Teinté verdâtre. )
- Q46h : Bassin : /\_\_\_/ (1:Normal. 2:Limité. 3:Rétréci. 4:Autres)
- Q47 : Diagnostic retenu après examen de la parturiente : .....
- Q48 : Voie d'accouchement retenue après examen de la parturiente : /\_\_\_/ (1:Voie basse. 2 : Voie haute)

**ACCOUCHEMENT :**

- Q49 : Identité de l'accoucheur : /\_\_\_/ (1:Sage femme. 2:Médecin généraliste. 3:Obstétricien.)
- Q50 : Début du travail en heure : .....
- Q51 : Fin de dilatation en heure : .....
- Q52 : Durée d'expulsion : .....
- Q53 : Fin du travail en heure: .....
- Q54 : Durée total du travail : .....
- Q55 : Voie d'accouchement ayant permis l'expulsion du fœtus: /\_\_\_/ (1: Voie basse. 2: Césarienne)
- Q56 : Si césarienne préciser l'indication : .....
- Q57 : Episiotomie : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non.)
- Q58 : Manœuvres obstétricales pour l'accouchement par voie basse: /\_\_\_/ (1:Bracht. 2:Mauriceau. 3:Vermelin.  
5: Lovset.)
- Q59 : Complications observée lors du travail: /\_\_\_/ (1:Dystocie dynamique. 2:Dystocie mécanique.  
3:Hémorragie moyenne. 4:Hémorragie abondante. 5:Procidence du cordon. 6:Déchirures.  
7:Fistule vésico-vaginale. 8:Décès maternel. 9:Décès fœtal. 10:Aucune.)
- Q60 : Déchirure: /\_\_\_/ (1:D. Col. 2:D. Vagin. 3:D. Vulvo-vaginale. 4:D. Périnéale. 5:D. Recto-vaginale.  
6:Aucune)
- Q61 : Si décès maternel préciser la cause : /\_\_\_/ .....
- Q62 : Césarienne :
- Q62a : Type de césarienne : /\_\_\_/ (1:Urgence 2:Programmée)
- Q62b : Délai entre l'admission et la décision de césarienne en minutes : /\_\_\_/ (1:<30min. 2:30 à 60min.  
3:60 à 90min. 4:90 à 120min. 5:>120min.)
- Q62c : Délai entre la décision et le début de l'intervention en minutes : /\_\_\_/ (1:<15min. 2:15 à 25min.  
3:25 à 35min. 4 :35 à 45min. 5:>45min.)
- Q62d : Durée d'extraction du fœtus en minute : /\_\_\_/ (1:<5minutes. 2:>5minutes.)
- Q62e : Durée de l'intervention en minutes: .....
- Q62f : Type d'incision cutanée : /\_\_\_/ (1:Médiane sous ombilicale. 2:Transversale)
- Q62g : Type d'hystérotomie : /\_\_\_/ (1:Segmentaire transversale. 2:Segmentaire Verticale. 3:Corporeale.  
4:Corporo-segmentaire)
- Q62h : Interventions associées à la césarienne: /\_\_\_/ (1:Aucune. 2:Hystérectomie. 3:ligature de trompes.  
4:Ovariectomie.)
- Q62i : Type d'anesthésie : /\_\_\_/ (1:Anesthésie générale. 2:Anesthésie loco- régionale).
- Q62j : Incidents et Accidents : /\_\_\_/ (1:Aucune. 2: Autres.).
- Q63 : Complications per césarienne : /\_\_\_/ (1:Problème d'anesthésie. 2:Hémorragie. 3:Lésions urinaires.  
4:Lésions intestinales. 5:Petits Hématomes sous vésicaux. 6:Inertie utérine. 7:Décès maternelle. 8:Aucune.)
- Q64 : Complications post opératoire : /\_\_\_/ (1:fièvre isolée. 2:Infections urinaire. 3:Péritonite post opératoire.  
4:Abcès et suppurations. 5:Occlusions paralytiques. 6:Phlébites. 7:Embolie pulmonaire. 8:Endométrite.  
9: Trouble du transit. 10: Désunion spontanée de la cicatrice. 11: Décès maternelle. 12:Aucun.)

**Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité  
du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako.**

Q65 : Délivrance: /\_\_\_/ (1:Manuelle. 2:Artificielle. 3:Active dirigée)

Q66 : Révision utérine :/\_\_\_/(1:Oui. 2:Non)

**EXAMEN DU NOUVEAU NE ET LES ANNEXES :**

Q67 : Examen du nouveau né :

Q67a : Sexe : /\_\_\_/ (1: Masculin. 2:Féminin.)

Q67b : Poids en gramme : .....

Q67c : Taille en centimètre : .....

Q67d : Périmètre crânien : .....

Q67e : Périmètre thoracique : .....

Q67f : Apgar à la 1<sup>er</sup> minute : .....

Q67g : Apgar à la 5eme minute : .....

Q67h : Apgar à la 10eme minute : .....

Q67i : Réanimation du nouveau né: /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Q67j : Evacuation du nouveau né : /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Q67k : Etat du Nouveau né : /\_\_\_/ (1:Vivant. 2:Mort – né.)

Q68 : Examen du cordon :

Q68a : Longueur du cordon en centimètre : .....

Q68b : Nombre artère et de veine /\_\_\_/(1:2 artères + 1 veine. 2:Autres.)

Q69 : Examen du placenta :

Q69a : Poids du placenta : .....

Q69b : Aspect du cordon du cordon:/\_\_\_/(1:Complet. 2:Incomplet. 3:Calcifié.)

**TRAITEMENT :**

Q70 : Traitement maternel en post-partum : /\_\_\_/(1:Antibiothérapie. 2:Antipyrétique. 3: Thérapie martiale.

4: Transfusion sanguine. 5:Aucun. 6:BiATB. 7:2+6. 8:1+3. 9:2+3+6+Anti-D. 10:TriATB+4.

11:3+6+AntiHTA. 12:2+3+6. 13:12+Mucomyst)

Q71 : Traitement reçu par le nouveau né : /\_\_\_/(1: Antibiothérapie. 2: Antipyrétique. 3:ARV.

4:Sérum glucosé. 5:Aucun. 6:1+2.)

**PROFIL PSYCHOLOGIQUE :**

Q72 : Avis de la patiente par rapport à l'accouchement du siège: /\_\_\_/ (1:favorable. 2:Défavorable)

Q73 : Ressentiment de la parturiente à l'annonce de la césarienne:/\_\_\_/ (1:Crainte de la mort. 2:Crainte de la douleur. 3:Crainte du futur obstétrical.)

Q74 : En cas de césarienne la patiente est satisfaite: /\_\_\_/ (1:Oui. 2:Non)

Préciser pourquoi : .....

Q75 : Durée d'hospitalisation : .....

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** Nkouambat Ndzinga

**Prénom :** Armel Aimé

**Date et lieu de naissance :** 31/12/1978 A Port-gentil au Gabon

**Nationalité :** Gabonaise

**Année universitaire :** 2008 – 2009

**Titre :** Etude de l'accouchement en présentation du siège à la maternité du  
Centre de Santé de la Commune II du district de Bamako

**Ville de dépôt :** Bamako /Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Obstétrique

**Mots clés :** Accouchement, Présentation du Siège, Pronostic foeto-maternel  
Bamako/Mali

## **RESUME**

Les objectifs de notre étude étaient d'étudier l'accouchement en présentation du siège, de déterminer la fréquence, de rapporter la conduite à tenir, d'évaluer le pronostic foeto-maternel et de formuler des recommandations pour l'amélioration du pronostic foetal.

Nous avons mené une étude rétro-prospective transversale descriptive allant du 29 Décembre 2006 au 1<sup>er</sup> Août 2008 au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako au Mali.

Sur **5350** accouchement nous avons enregistré **110** accouchement en présentation du siège de grossesse monofoetale évolutive soit une fréquence de **2,06%**.

La tranche d'âge 20 - 25 ans dominait notre étude, la moyenne d'âge était de 25,29 ans avec des extrêmes de 16 et 47 ans.

La majorité de nos parturientes résidaient en commune II du district de Bamako.

Le siège complet représentait 58,2% ; la variété sacro-iliaque gauche antérieure était la plus fréquente. 79,1% de nos parturientes étaient admises en phase active du travail d'accouchement avec 23,6% à dilatation complète. La voie basse a été la plus utilisée 60,9%, l'épisiotomie était systématique, la manœuvre de Bracht était la plus employé 9,55% pour le dégagement de la tête dernière. La césarienne en urgence a été 90,6% la principale indication de la césarienne a été la nulliparité (44,3%).

La prématurité a représenté 9,1% tandis que la macrosomie était 7,3%. La mortalité foetale était de 3,6% tous les décès était enregistré en néonatalogie au CHU GT après la référence.

Le pronostic maternel en général bon était marqué par une déchirure du col, une rupture utérine diagnostiquée après accouchement, fièvre isolée et deux cas d'endométrite.

**Mots- clés :** Accouchement, Présentation du siège, Pronostic foeto-maternel.

## **Serment d'Hippocrate**

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure