

*Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique*

République du Mali

Un Peuple Un But Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2008/2009
N°...../2009

Thèse

Titre :

**ACCOUCHEMENT DU SIEGE :
PRONOSTIC FŒTAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO : ETUDE CAS/TEMOINS**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le ---/---/2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mr Dabé Florent DIARRA

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

Jury :

Président : Pr Salif DIAKITE
Membres : Dr Soumana Oumar TRAORE
Co Directeur : Dr Niam MOUNKORO
Directeur : Pr Mamadou TRAORE

Je dédie ce travail à :

- Dieu le Père tout puissant, le Miséricordieux qui m'a permis par sa grâce de mener à terme ce travail.

- Mon père Bertin DIARRA :

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils et ta rigueur du travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois ici en remercié.

- Ma mère Delphine KEITA.

Levez-vous ! Levez-vous ! a toujours été ton slogan. Voici aujourd'hui le fruit du travail que tu as fait. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de tes enfants. Ce travail est le fruit de tes efforts.

REMERCIEMENTS

A

Mes oncles :

- Yirossi Parfait DIARRA
- Vèrè Clément DIARRA
- Paul Charles DIARRA
- Sobwa DAKOOU
- Martin DAKOOU

L'honneur de ce travail vous revient, que Dieu vous donne longue vie et beaucoup de forces pour nous accompagner. Amen !

Mes tantes :

- Albertine DAKOOU
- Jocelyne DAKOOU
- Claudine MOUNKORO
- Delphine MOUNKORO

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins
Dabé Florent DIARRA*

- Claudia KONATE

Vous avez été pour nous un secours et une hospitalité. Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Soyez ici en remerciées.

Mes amis :

- Lopo Gervais DAKOUO (merci particulièrement et infiniment)
- Emmanuel MOUNKORO
- Jovith KIENOU
- Yansian Charles KONE
- Sobè Florent DAKOUO
- David KONE
- Mougno Thibaut DENA
- Youssouf DEMBELE
- Pierre DEMBELE
- Richard DIARRA

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour vos soutiens et vos conseils. Soyez ici en remerciés.

Mes frères et sœurs :

- Edith DIARRA
- Cléophas DIARRA
- Innocent DIARRA
- Albertine DIARRA
- Nicolas DIARRA
- Monique DIARRA
- Lucie DIARRA
- Dieudonné DIARRA
- Charles DIARRA
- André DIARRA

Mes aînés :

- Docteur DIAKITE Nouhoum
- Docteur SISSOKO Makan
- Docteur BAMADIO Ali
- Docteur MALLE Chacka
- Docteur TRAORE Luther
- Docteur KONE Mouné
- Interne CAMARA Karounga

A notre Maître et Président du jury, Professeur Salif DIAKITE

Professeur de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali,

Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Gabriel TOURE.

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le présent jury de thèse.

Homme de science réputé et admiré, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité et votre amour du travail bien fait. Nous avons été comblés par l'enseignement de

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins
Dabé Florent DIARRA*

qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités intellectuelles font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous.

Amen.

A notre Maître et juge, Docteur Soumana Oumar TRAORE,

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,

Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,

Superviseur du Projet Quarité,

Point focal de la césarienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger parmi ce jury.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gyneco-obstetrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout puissant vous **donne** plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants.

Amen !

A notre Maître et Co-Directeur de thèse, Docteur Niani MOUNKORO,

Maître Assistant en Gyneco-obstétrique à la FMPOS,

Gynecologue Obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire de l'Hôpital Gabriel Touré.

Cher maître,

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de codiriger cette thèse.

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bien fait et votre sens de responsabilité mérite une admiration.

Que le Tout Puissant, vous guide et vous donne toujours la force pour l'encadrement des étudiants thésards.

Soyez ici remercié.

Amen.

A notre Maître et Directeur de Thèse, Professeur Mamadou TRAORE,

Professeur Agrégé de Gynéco-Obstétrique,

Secrétaire Général de la SAGO,

Coordinateur national de GESTA International,

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.

Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher Maître,

En nous acceptant dans votre service et en acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre .Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous comble de ses grâces.

Amen.

SIGLES :

< : Inférieur à

≤ : Inférieur ou égal à

> : Supérieur à

≥ : Supérieur ou égal à

% : Pourcent

ABREVIATIONS :

MAF : Mouvements Actifs du Fœtus

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtal

CPN : Consultation Prénatale

HU : Hauteur Utérine

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

Cm : Centimètre

SIDA : Sacro-Iliaque Droite Antérieure

SIGA : Sacro-Iliaque Gauche Antérieure

SIDP : Sacro-Iliaque Droite Postérieure

SIGP : Sacro Iliaque Gauche Postérieure

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

BGR : Bassin Généralement Rétréci

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	1
II - OBJECTIFS	3
III - GENERALITES	4
IV - METHODOLOGIE	52
V - RESULTATS	59
VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION.	78
VII - CONCLUSION.	82
VIII - RECOMMANDATIONS	83

IX - REFERENCES 84

X - ANNEXES 90

I - Introduction :

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'aire du détroit supérieur [51].

Il s'agit d'une présentation fréquente (3 à 4%) et c'est la plus fréquente des présentations irrégulières [4].

Aussi vieille que l'humanité, la présentation du siège reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique [30].

L'accouchement du siège par la voie vaginale est une situation angoissante pour l'équipe obstétricale, d'une part à cause de son caractère potentiellement "dystocique" et d'autre part à cause d'une morbidité et d'une mortalité périnatale quatre fois plus élevée que celle de la population générale [31].

L'accouchement du siège par voie basse même planifiée expose le nouveau né à un risque de décès de 1% (0,1 en cas de césarienne) [31].

La présentation du siège ne peut être considérée comme une présentation tout à fait normale. L'accouchement comporte un risque certain qu'on a cependant tendance à exagérer [21].

Le mode d'accouchement par le siège à terme reste encore une controverse dans la littérature. En 1975 KUBLI [39] a prôné la césarienne systématique car il avait enregistré 10% d'acidose fœtale chez les nouveaux nés naissant par la voie vaginale.

Dans les conditions habituelles de la grossesse à terme la place du siège est au fond de l'utérus : le pôle fœtal le plus volumineux occupe la partie la plus large de l'organe. Pour que le siège se place en bas, il faut (si le fœtus n'a pas de mal formation) une anomalie primitive ou acquise de la forme de la cavité utérine ou un excès de liquide amniotique suffisant pour rendre précaire l'adaptation du fœtus à son contenant [51]. En somme, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation [51].

La présentation du siège est théoriquement eutocique puisque ses principaux diamètres sont compatibles avec ceux de la filière pelvico-génitale. Cette eutocie est moins évidente que celle du sommet car ici les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable créant ainsi une dystocie [18, 24]. Cette dystocie responsable d'une élévation du risque de mortalité fœtale et de morbidité néonatale nécessite une collaboration étroite entre l'obstétricien, le néo-natologiste et le réanimateur pour un meilleur pronostic fœtal [30].

L'histoire contemporaine de l'accouchement par le siège montre que malgré l'amélioration notable du pronostic fœtal des divergences subsistent en ce qui concerne les attitudes [24].

Certains auteurs considèrent que le pronostic fœtal n'est pas lié au mode d'accouchement mais aux facteurs anténataux [40]. Une surveillance prénatale correcte, l'établissement d'un bilan obstétrical materno-fœtal et la prise en charge néo-natale précoce contribuent à améliorer le pronostic fœtal des accouchements du siège [44].

En Afrique, l'incidence des accouchements du siège varie de 1,52 [30] à 5,4% [27].

Une étude descriptive faite au Mali en 1988 dans les maternités du district de Bamako retrouvait un taux de 1,72% [18].

Nous nous proposons alors de faire une évaluation du pronostic d'un tel accouchement tant controversé au CSRéf de la commune V du district de Bamako.

II - Objectifs :

1 - Objectif général :

Etudier le pronostic fœtal de l'accouchement en présentation du siège au CSRéf commune V.

2 - Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence de l'accouchement en présentation du siège dans notre service
- Indiquer la conduite tenue au cours du travail d'accouchement
- Rapporter les manœuvres obstétricales utilisées pendant l'expulsion
- Déterminer le poids, le score d'APGAR et les traumatismes fœtaux et néonataux.

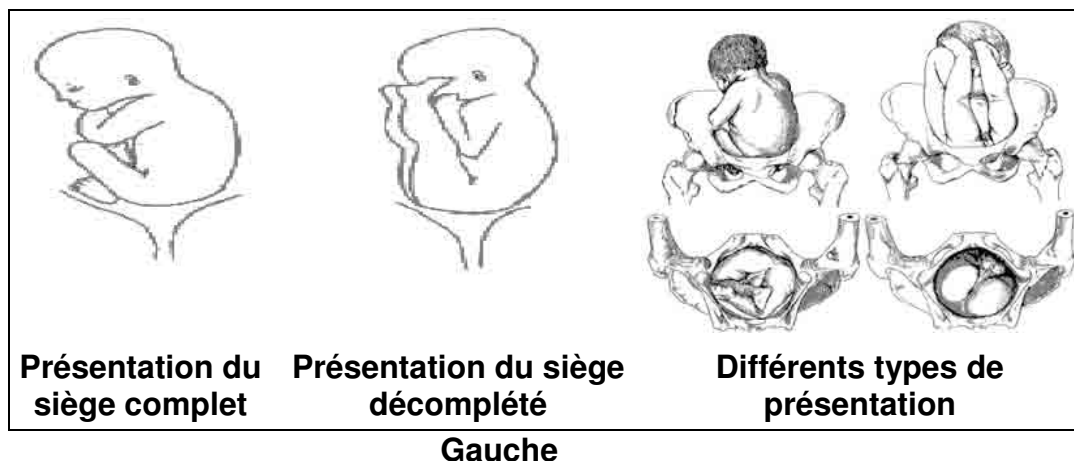
III - Généralités :

A - Définition :

La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du fœtus est en contact direct avec l'aire du détroit supérieur alors que le pôle céphalique est au niveau du fond utérin [51, 35].

Haut





<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 1 : Les types de présentations.

B - Modalités :

On oppose deux modalités principales de présentation du siège [51].

- **Siège complet** : (moins de $\frac{1}{3}$ des cas). Les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation dont ils font partis et dont ils augmentent les dimensions. Le fœtus semble être assis "en tailleur".

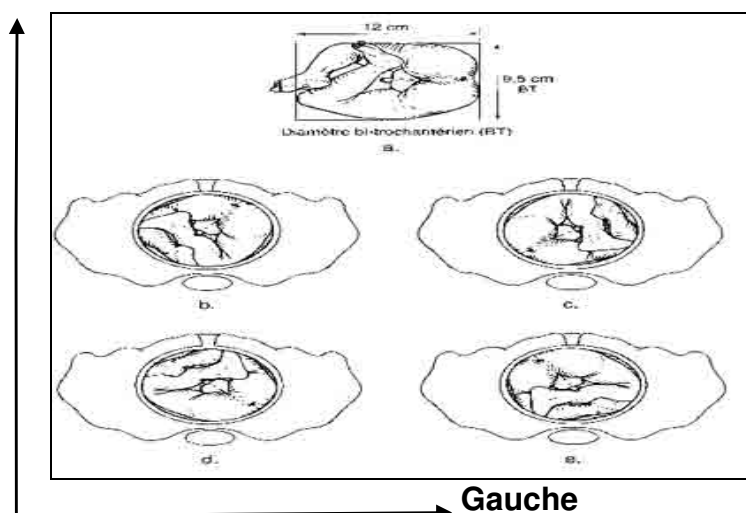
- **Siège décomplété mode des fesses** :

Il est le plus fréquent ($\frac{2}{3}$ des cas environ). Les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale, de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi les fesses sont à elles seules la présentation.

Deux autres modalités sont rares :

- Siège décomplété mode des pieds où le fœtus est debout dans l'utérus.
- Siège décomplété mode des genoux ou le "footling breech" des auteurs américains où les membres inférieurs semi-fléchis penchés sous le siège constituent une source de complication.

Haut



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 2 : Les différentes présentations

Historique :

Hippocrate : explique l'accouchement céphalique normale par les mouvements du fœtus poussé par la faim qui quitte l'utérus en arc-boutant ses pieds contre le fond utérin. En cas de présentation autre que céphalique l'accouchement ne peut se faire normalement et Hippocrate conseille une version.

- **1743** : Jacques Mesnard et 1748 Smellie, utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière.
- **1821** : Madame Marie Louise, 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 qu'excite naturellement la facilité apparemment offerte par la disposition des parties du fœtus. Il doit avec management et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire ».
- Au début du XX^e siècle, la plupart des auteurs estiment la présentation du siège judiciable d'une intervention obstétricale.
- **1937** : Lovset promeut l'abaissement prophylactique du pied, la grande extraction et le dégagement des bras.
- **1938** : Bracht réagit devant cette attitude et préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il présente sa manœuvre comme une réaction contre « le nombre et la précocité des interventions » tenus pour responsable « du taux élevé de la mortalité fœtale au cours des présentations du siège ».
- **1948** : Les auteurs nanceiens, Vermelin et Ribon défendent une abstention encore plus absolue. A leur suite on se montra

Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.

de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins

Dabé Florent DIARRA

beaucoup moins interventionniste sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et la tête pour laquelle on continua de pratiquer des gestes d'accompagnement.

- **1950** : Ambroise Paré recommande la version podalique.
- **1959** : R. C. Wright aux Etats-Unis présente « la césarienne systématique » comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatale.
- **1968** : François Mauriceau décrit la manœuvre de dégagement de la tête dernière.
- **1975** : KUBLI 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 prit soin de préciser le manque de données sur l'acidose fœtale 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. Ses travaux ont marqué l'obstétrique allemande, le taux de césarienne pour siège a connu une hausse spectaculaire. Dans les années 1980, on retrouve les défenseurs de la voie basse.
- **1980** : Colléa en relevant un taux de morbidité maternelle de 49,3%, défend la voie basse dans certains cas sélectionnés avec un minimum de risque pour la mère et l'enfant.
- **1983** : Gimovsky prône lui aussi l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison d'une mortalité néonatale comparable.
- **1998** : Bodmer et Coll font une très belle étude sur les sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas la condition des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhée au moins.

C - Causes :

Dans la présentation du siège la loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut [24].

Pendant les deux premiers trimestres de la grossesse, la tête constitue le pôle fœtal le plus important en volume. La cavité utérine devient piriforme en raison de l'absence de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste est le fond.

Le fœtus qui est lui-même animé de mouvement s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse. Au début du troisième trimestre c'est souvent le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siège qui le devient.

- Le fœtus exécute une "culbute physiologique" et transforme sa présentation pelvienne en céphalique. Cette théorie permet de comprendre la fréquence des sièges au cours des accouchements prématurés. Cette présentation peut persister jusqu'à terme [3].

- Pour que le siège se place en bas, il faut si le fœtus est bien constitué une anomalie primitive ou acquise de la forme de la cavité utérine ou un excès de liquide suffisant pour rendre précaire l'adaptation du fœtus à son contenant [51].

- En somme, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation.

- Trois ordres de conditions disposent à la présentation du siège en créant le trouble de l'accommodation :

- l'hypotonie utérine de certaines multipares
- l'anomalie de la forme et de la trophicité de l'utérus de certaines primipares
- Un élément surajouté qui inverse les rapports du volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus en empêchant l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios).

- Les causes classiques de la présentation du siège sont :

- Maternelles
- Ovulaires
- Fœtales

C₁ - Causes maternelles :

Celles-ci sont congénitales ou acquises.

1 - Congénitales:

L'hypoplasie utérine avec cavité plutôt cylindrique et hypertonique s'oppose à la culbute physiologique favorisant le siège décomplété mode des fesses s'observant surtout chez la nullipare [35].

Les malformations utérines (utérus à éperon, unicorne, didelphe, cloisonné) modifient les axes intra-utérins favorisant les présentations podaliques récidivantes. La pratique de l'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les révéler [35].

2 - Acquises :

- L'utérus de la multipare fibreux, hypotonique, trop vaste qui ne peut plus agir sur le mobil foetal favoriserait le siège complet [35].
- En fait le siège décomplété reste la présentation podalique la plus fréquente chez la multipare [3].
- Le trouble de l'accommodation est dû au relâchement des parois utérines. Dans une cavité vaste et complaisante toutes les accommodations sont possibles sans autres raisons le foetus se présente par le siège comme il pourrait se présenter par la tête. Aussi conserve-t-il souvent son attitude habituelle, le siège est complet dans plus de la moitié des cas mais l'utérus garde pendant l'accouchement toutes ses qualités physiologiques [51].

L'hypotrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipares sont mal étoffés ou mal constitués, d'autres sont étroits et cylindriques, le fond n'est pas plus large que le bas, leurs parois manquent de souplesse. Le foetus y est étroit d'autant plus enserré que l'oligoamnios est habituel. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement si non on peut observer comme dans les malformations des présentations de siège récidivantes [51].

L'hypoplasie utérine peut atteindre le vagin, le périnée et même le bassin osseux (bassin généralement rétréci). A l'inverse des faits précédents la présentation du siège est imposée par la forme de l'utérus.

Le mode décomplété est quasi constant, pendant l'accouchement, la dystocie dynamique compliquera et dominera souvent le fait même de la présentation du siège.

- La primipare âgée avec utérus hypertonique est une candidate au siège décomplété [3].
- Les tumeurs intrinsèques (fibromes du fond utérin) qui déforment la cavité utérine y modifient les qualités physiques des fibres utérines favorisent également la présentation podalique [35].
- Un trop gros placenta inséré au fond modifie les proportions utérines normales.
- Les tumeurs extrinsèques (kystes de l'ovaire, fibromes pédiculés sous sereux).
- Le rétrécissement du détroit supérieur dont l'influence est théoriquement possible quoique peu important en pratique pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale [35].

C₂ - Causes ovulaires :

Elles sont dues aux anomalies des éléments constituant l'œuf qui sont : le liquide amniotique, le cordon ombilical, le placenta.

- Les anomalies du liquide amniotique : Il peut s'agir de l'insuffisance ou de l'excès du liquide amniotique qui peuvent intervenir directement, mais pour lesquels il faut toujours se demander s'ils ne sont pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de Potter, hydramnios de la trisomie 18) [35]. L'hydramnios agit en gênant toute accommodation [51]. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus.
- La brièveté du cordon secondaire à des circulaires ou à des bretelles ou essentielles caractéristiques propres à la présentation du siège par rapport aux présentations céphaliques [35]. Cette brièveté de la portion du cordon peut également empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du 7^e mois de la grossesse [35, 3].
- Le placenta bas inséré peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale [51].

C₃ - Causes fœtales :

Elles sont représentées moins par la dolichocephalie primitive qui existe mais semble rare que par l'hyper extension de la tête dernière et surtout les anomalies et malformations congénitales [35].

La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège 6,2 contre 2,4% [12]. Ces malformations fréquentes affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeur ...) ou son activité (spina-bifida, myéloméningocèle, arthrogypose, trisomie 13 et 18).

Les hydrocéphales dont la tête est plus volumineuse que le pôle pelvien se présente souvent par le siège se conformant ainsi à la loi de l'accommodation. Dans tous les cas la modalité de présentation est soit le siège décomplété soit le siège complet [51]. Cette fréquence des malformations mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique. Des auteurs surtout américains considérant cette fréquence et celle des morts in utero suggèrent que dans nombre de présentation du siège le fœtus serait « de moindre qualité » [35]. Ceci entraînerait une diminution d'activité fœtale, cause de l'absence de mutations spontanées et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations

céphaliques et pourrait expliquer les séquelles mineurs décrites chez les enfants nés par le siège quel qu'en soit le mode d'accouchement [35]. Plusieurs éléments étayaient encore cette possible notion de fœtus « de moindre qualité ».

- Poids inférieurs de 12% par rapport aux fœtus en présentation céphalique.
- Position : la présentation du siège est un facteur prédictif de lésions neurologiques anténatales sévères (diplopie, quadriplégie, hémiparésie, dyskinésie importante).
- Déficit en GH (hormone de croissance) « idiopathique » significativement associé à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [2, 34].
- Hyper extension de la tête dernière : elle est une conséquence de la présentation mais on peut la classer dans ce chapitre car elle fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. L'anomalie résulte d'une hyper lordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et que 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 rapprochait certaines lésions médullaires observées à la suite d'accouchement par le siège [48, 64]. Ces lésions nerveuses sont surtout représentées par des sections médullaires complètes ou incomplètes, les hémorragies cérébro-méningées, les décès par asphyxie lors des accouchements par voie basse alors qu'aucune lésion grave n'était signalée dans les cas de césarienne. Malgré le risque considérable que cette attitude fait courir au fœtus en cas d'accouchement par les voies naturelles des lésions pouvant se constituer in utero (élongation médullaire, fracture vertébrale) ont été observées chez des enfants nés par césarienne [35].

Toute déflexion dépassant « la military attitude » risque d'être dangereuse et avant d'intervenir il faut s'assurer par un double contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail [65]. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée car entre celle-ci et la déflexion normale, des stades intermédiaires existent [65]. Ces étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement car elles constituent autant de facteurs pronostics susceptibles d'influencer la marche de l'accouchement comme la thérapeutique mais il faut convenir que souvent on ne peut mettre en évidence une cause précise : la présentation du siège résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation.

D - Diagnostic :

Pour éviter les interventions malheureuses et réduire la mortalité et la morbidité fœtale, il est indispensable de diagnostiquer les présentations de siège bien avant l'accouchement. L'échographie systématique faite vers la trente deuxième semaine de grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis [35]. Ce diagnostic doit être fait au troisième trimestre avant tout début de travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic au choix de la voie d'accouchement [3].

D₁ - Diagnostic pendant la grossesse :

1 - Signes cliniques :

a - L'interrogative :

Peut révéler une présentation de siège au cours d'un accouchement précédent et l'existence d'une gêne ou d'une douleur sous costale droite traduisant la compression de la paroi abdomino-thoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin [51].

b - 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 [51, 35].

c - La palpation :

Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic et doit donc toujours être exécutée avec attention [51]. Au dessus du détroit supérieur le siège, lorsqu'il est complet, est reconnu à ses caractères habituels de masse volumineuse, irrégulière et ferme sans être dure non ballotante, non surmontée d'un sillon. Mais lorsque le siège est décompleté, il est moins accessible, moins volumineux, plus rond

Au fond de l'utérus, au milieu ou dans une corne on reconnaît la tête à son volume plus petit, son contour arrondi, sa dureté. Elle donne habituellement le ballotement céphalique. Elle est séparée du dos par le sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance. D'un côté se trouve le plan du dos [51].

Parfois « deux dos » sont perçus après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décomplété [3].

d - L'auscultation :

Mettrait en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus haut situé dans la région péri ombilicale voir sus ombilicale bien que cela paraisse sans grande fiabilité [35, 3].

e - Le toucher vaginal :

Fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis et qui ne peuvent guère que corroborer les données du palper. Cela tient à ce que l'excavation soit fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. Quand il s'agit d'un siège décomplété, engagé ou en voie d'engagement la confusion est facile avec un sommet à moins qu'on ait déjà été orienté.

Le siège complet est perçu à bout de doigt au dessus du détroit supérieur. Le segment inférieur est épais et mal formé [35]. On aurait tort de penser, en effet, que ce diagnostic de présentation du siège est toujours facile. L'épaisseur de la paroi l'absence de ballotement céphalique lorsque la tête est située dans une corne, le ballotement pelvien anormal, peuvent conduire à l'erreur. L'exploration complétée du bassin par une radio pelvimétrie prend une importance toute particulière.

2 - Signes radiologiques :

La radiographie du contenu utérin ou mieux l'échographie permet de faire ou de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage de confirmer le diagnostic et d'aider à l'estimation du poids fœtal [35].

D₂ - Diagnostic pendant le travail :

Ce diagnostic repose essentiellement sur les données du toucher vaginal.

1 - Avant la rupture des membranes :

En étant prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément majeur de dilatation cervicale, il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions [35, 3] :

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

2 - Après la rupture des membranes :

Le diagnostic est plus facile, précisant le mode et la variété de position.

Le doigt perçoit par le toucher une masse molle séparée en deux par le sillon inter fessier au centre duquel se trouve l'anus. A l'une des extrémités du sillon il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et la pyramide sacrée reconnaissable à ses saillies osseuses en chapelet dont la situation détermine la variété de position.

Au contraire à l'extrémité opposée la perception des organes génitaux manque de netteté.

Dans le siège complet la masse molle est plus nette ayant plus ou moins pénétré dans le pelvis. En cours de travail la déflexion de la tête foetale indiquant une césarienne ne peut être mise en évidence que par la radiographie [51].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait encore se discuter avec [51]:

- un sommet déformé par une volumineuse bosse sero sanguine.
- une face fortement tuméfiée.
- une anencéphalie.

Pour la précision de la variété de position, le repère de la présentation est le sacrum trouvé en suivant le pli inter fessier [51].

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 [51].

* 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.

E - Accouchement normal :

E₁ - Phénomènes mécaniques :

Alors que dans les présentations céphaliques, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui du siège, des épaules et celui de la tête dernière [51].

Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va en croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend pour sa part engagement, descente, rotation et dégagement [85]. 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 pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites [51].

La conception moderne du déroulement de cet accouchement repose sur trois principes [35]:

- Le mobil fœtal 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 mobil 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 de 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 [36].

- L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour en arrière, ces différentes étapes sont intriquées, se commandant les unes les autres et se font presque simultanément.

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

1 - Accouchement du siège :

Engagement :

Cet engagement est précédé d'une orientation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et, s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacro-tibial [35].

Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir [51].

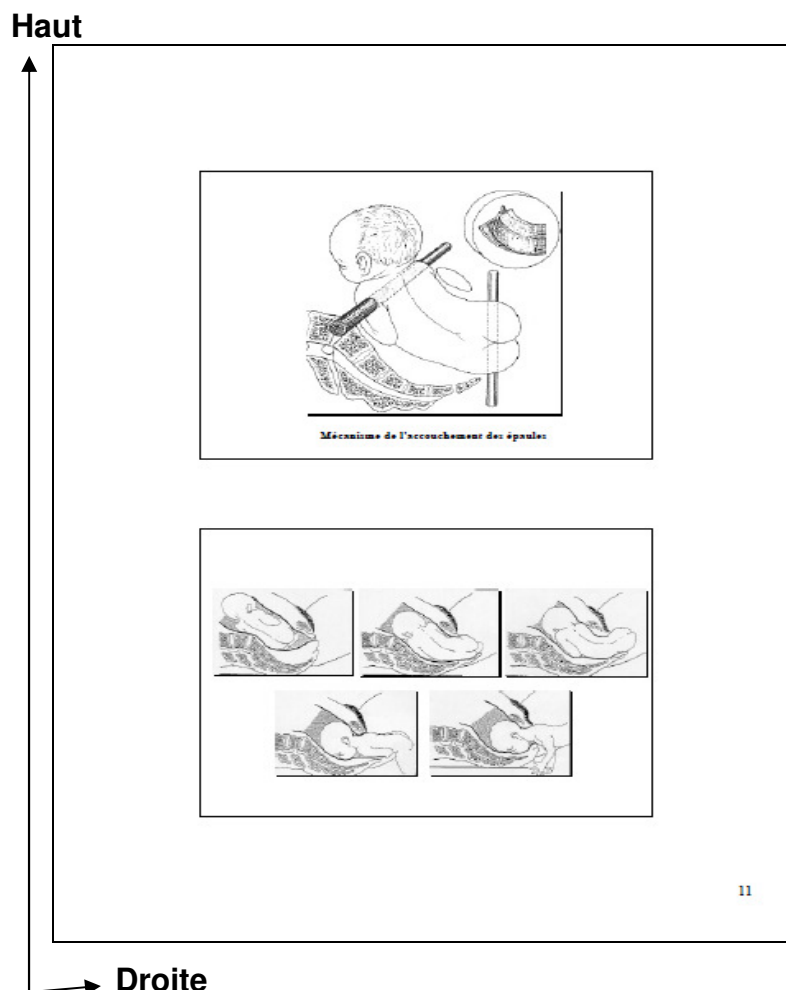
Le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement toujours facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet [35].

Descente et rotation :

Elles sont simultanées ou successives. La rotation, pour les classiques, amène le diamètre bisacromial dans le diamètre longitudinal du détroit inférieur. En fait les épaules s'orientent souvent sur son diamètre transversal [51]. La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure se cale sous la symphyse [51, 35].

Dégagement :

Il s'effectue par une sorte d'enroulement autour de la symphyse pubienne. La hanche antérieure se dégage la première et 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 [51, 35]. 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 inférieurs relevés en attelle le long du tronc empêchent l'incurvation latérale. Le siège décomplété se dégage en pointant vers le haut comme 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.



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 3 : Mécanisme de l'accouchement du siège :

dégagement du siège. La hanche antérieure arrive sous la symphyse. La hanche postérieure s'exteriorise par inflexion latérale du tronc.

2 - Accouchement des épaules :

Engagement :

Cet engagement est précédé d'une rotation qui place le diamètre bisacromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur [17, 35], soit dans le même que celui qu'a emprunté le bitrochanterien celui-ci ayant fait hors de la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière. Soit dans l'oblique opposée, lorsqu'il s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement de spire qui amènera le dos en avant.

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins
Dabé Florent DIARRA*

Descente et rotation

Elles sont simultanées ou successives. La rotation amène le bisacromial dans le diamètre transverse du détroit inférieur secondaire au mouvement d'enroulement du pôle pelvien précédemment décrit [17].

Dégagement :

Les épaules se dégagent en traversant comme l'a montré successivement les étapes comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombant l'un après l'autre hors de la vulve. Cependant, le dos est orienté en avant [51].

Quelques fois (c'était la règle pour les classiques) les épaules s'orientent longitudinalement ; l'antérieure se cale sous la symphyse ; la postérieure parcourt la longueur du périnée postérieur jusqu'à la commissure vulvaire.

3 - Accouchement de la tête dernière

Engagement :

Est précédé d'une orientation de sorte que son plus grand volume occupe le diamètre oblique perpendiculaire à celui qu'avaient utilisé les épaules et surtout d'une flexion, faisant aborder le détroit supérieur suivant le diamètre sous occiputo frontal (11cm) [24]. Cet engagement se fait occiput en avant, en revanche la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage [24].

Descente et rotation :

L'occiput doit tourner en avant pour arriver médian au détroit inférieur [51].

Dégagement :

Le sous occiput prend point d'appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement ; la face, le front, le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure [51].

E₂ - Phénomènes dynamiques et plastiques.

1 - Phénomènes dynamiques :

Contrairement à certaines opinions classiques, ils ne présentent guère de particularités. La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans les présentations du sommet [35]. Mais en règle

« la lenteur de la dilatation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle traduit soit une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit une dystocie mécanique qu'il importe de préciser » [45].

L'engagement du siège facile et précoce lorsque le siège est décomplété, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet [51]. La progression du siège est souvent arrêtée dans l'excavation [51].

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus [51]. Lorsque le dos au lieu de tourner en avant, tourne en arrière le plus souvent en ce cas le menton s'accroche 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 [51]. A cette importante variété de rétention de la tête dernière il faut en ajouter deux autres [51].

- 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 : par excès de volume de la tête fœtale soit par rétrécissement pelvien méconnu.

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

2 - Phénomènes plastiques.

- Chez les enfants nés par le siège on observe un certain nombre de déformations ou de lésions [24]. 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 corps du fœtus mal accommodé.

- Aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire.

- Atrophie osseuse, musculaire ou ligamentaire plus grave car elles vont persister, entraîner des séquelles nécessitant des traitements.

- Atrophie de l'angle maxillaire inférieur qu'accompagne 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 musculoligamentaire aboutissant au pied-bot, varus équin.

D'autres malformations plus rares 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 [24, 45].

La bosse séro sanguine siège sur les talons (siège complet) les fesses, les organes génitaux [51]. Il est assez fréquent d'observer une infiltration hématique du testicule et du cordon qui pourrait à son tour favoriser une torsion du testicule. On doit donc en règle 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 [35].

F - Particularités physiopathologiques :

De toute évidence, la façon dont sont disposés ici le corps du fœtus et ses annexes favorise des perturbations au niveau de la circulation foetoplacentaire [35]. On connaissait la plus grande fréquence des circulaires, des bretelles et procidence du cordon. Lacomme M. avait souligné que : « l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve le cordon est comprimé et les communications foetoplacentaires sont réduites si non interrompues » [35]. Mais les enregistrements du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence deux faits très importants [17, 61].

- L'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivant jusqu'à ce que le nouveau né ait sa première inspiration [61, 35].
- La possibilité d'anomalie de la dilatation sans cause apparente [17]. Celle-ci serait même si fréquente que l'on compare l'accouchement par le siège à une latérocidence du cordon.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal apparaît donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement car le monitoring représente le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister les anoxies qui peuvent survenir surtout à la phase d'expulsion qui représente une période d'hypoxie par excellence [35].

Ces phénomènes physiologiques n'ont de particularités que chez la primipare [35]. A l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe, s'ajoutent

souvent des anomalies de la contraction utérine surtout sous forme d'hypertonie, parfois localisée ; des anomalies de la dilatation du col. Celle-ci marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. La rupture des membranes est souvent précoce.

Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même [51].

G - Anomalie de l'accouchement :

Quand elles s'observent au cours de l'accouchement par le siège, des anomalies mêmes banales, revêtent une importance particulière car elles n'ont que trop tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications [35].

1- Rupture prématurée des membranes :

Elle est deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences des membres et ou du cordon et est souvent le prélude à des anomalies de la dilatation [35].

2 - Dystocie dynamique :

Qu'il s'agisse d'anomalie par excès ou par défaut, elle risque de créer en plus de leurs effets habituels des conditions très défavorables pour l'expulsion : dilatation incomplète, contraction de médiocres qualités qui à leur tour favorisent le relèvement des bras et la rétention de la tête dernière [35].

3 - Procidence du cordon :

Elle s'observe beaucoup plus fréquemment, surtout dans les sièges complets, chez la multipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques [35].

Cette moindre nocivité qui était une notion classique « la compression funiculaire y étant plus rare » est contestée par deux remarques [23, 63].

- Le siège décomplété mode des fesses, est aussi dangereux que la présentation céphalique.
- Et même dans les sièges complets, la bénignité n'est que relative puisque le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail.

Ici également, 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 adapté [15].

4 - Anomalies mécaniques pendant l'expulsion :

Peuvent être observés [22]:

- Retard à l'engagement du siège
- Descente laborieuse
- Rotation du dos en arrière avec risque d'accrochage du menton au dessus du pubis
- Le relèvement d'un ou des deux bras
- Une rétention de la tête dernière

Il faut ajouter la rétention de la tête dans l'excavation, variété relativement anodine et facile à traiter.

La rétention de la tête dernière au détroit supérieur est au contraire de la plus haute gravité. Elle 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 éviter désormais cette redoutable complication [51].

Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus, l'hyper extension de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée, ont considérablement réduit l'importance de ces anomalies [22].

L'accouchement par le siège reste cependant un accouchement qui peut réserver ces genres de surprises même dans les cas les plus favorables et les mieux conduits [22, 23]. La possibilité d'un « bras nuqual » ou un relèvement d'un bras en pré-partum avec des complications comme l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsion néonatale, nécessitent la réalisation d'une étude radiologique du fœtus en début de travail et indiquer une césarienne si cette mal position est constante [59].

Haut

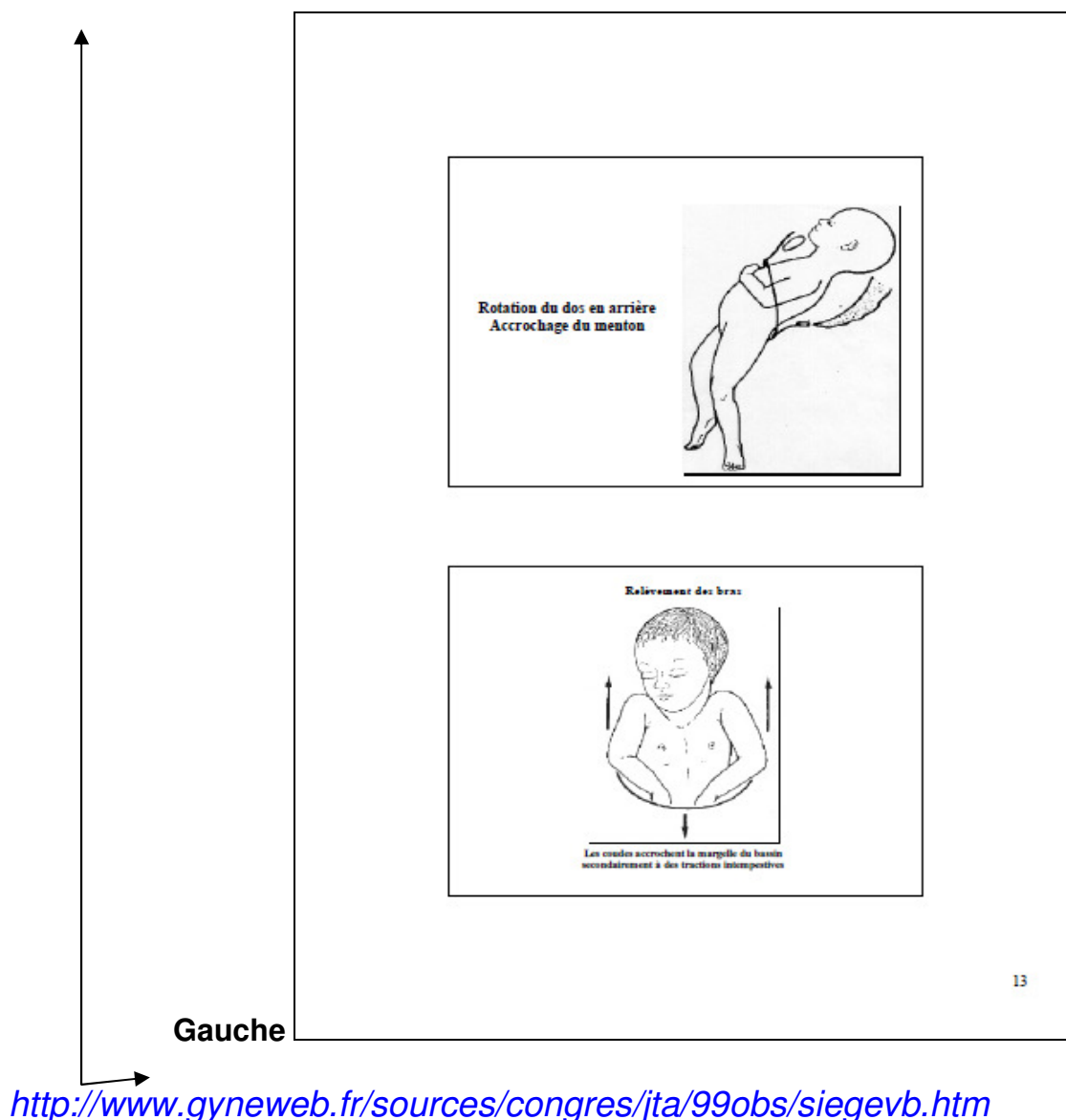


Figure N° 4 : - Rotation du dos en arrière, accrochage du menton.
 - Les coudes accrochent la margelle du bassin :
 relèvement des bras.

H - Pronostic [51] :

La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatales, n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège. De plus en plus cette présentation est considérée comme dystocique du point de vue du pronostic. Ils ne font pas non plus de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare. Nos propres résultats ne nous permettent pas d'accepter ces notions dans leur absolutisme. La

présentation du siège bien surveillée et bien conduite peut rester une présentation eutocique. Elle n'est cependant pas aussi favorable que la présentation du sommet mais c'est un abus de tomber dans l'excès des césariennes, tendance qui va dans certaines écoles étrangères jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe.

H₁ - Pronostic maternel:

1 - Morbidité:

Les lésions des parties moles très fréquentes sont les déchirures du col, du périnée, avec de graves atteintes vésicales et ano-rectales surtout pour les accouchements mal dirigés avec des extractions brutales de fœtus. Ces déchirures périnéales peuvent être évitées dans les cas bien surveillés et bien conduits lors de l'accouchement par une large épisiotomie surtout chez la primipare. Des complications infectieuses peuvent apparaître favorisées par la rupture prématurée des membranes, les interventions, les lésions périnéales. La principale de ces complications étant l'endométrite.

2 - Mortalité :

Elle est quasiment nulle dans les accouchements naturels et sans rapport avec la présentation. La multiplication des cas de césarienne dans les accouchements par le siège oblige à reconsidérer le problème [24]. On enregistre désormais un nombre croissant de statistiques de césariennes sans mort maternelle ou avec un faible taux de mortalité [44, 52, 63]. Cette diminution du taux mortel de chaque césarienne se voit contre balancée par la multiplication des interventions [46].

La césarienne augmente la morbidité : manifestation thromboembolique, une infection, syndrome de Mendelson, iléus paralytique, péritonite, plaie de la vessie ou vasculaire sans compter les conséquences lointaines : césarienne itérative, occlusion sur brides. La morbidité est plus élevée qu'après les accouchements par voie naturelle [35, 60]. Toutes ces complications maternelles apparaissent maintenant peu acceptables qu'on y multiplie les études pour voir s'il n'est pas possible sans risque accru pour le fœtus de réduire les taux de césarienne notamment dans les accouchements par le siège [9, 31, 14]. Le pronostic fœtal est capital dans l'étude de cette présentation. Il convient d'étudier :

- l'anatomie et la physiologie des accidents

- la mortalité péri et néonatale ou « mortalité obstétricale » ainsi que la morbidité.
- les facteurs de risque qui constituent autant d'éléments de pronostic.

H₂ - Pronostic fœtal :

1 - La mortalité :

Elle comprend trois sortes d'accidents :

- Mort fœtale in utero sans cause évidente : dix fois plus fréquente que dans la présentation du sommet surtout avant la trente sixième semaine mais encore jusqu'au dernier jour de la grossesse [12]. Cette notion conforte la notion de fœtus de « moindre qualité » dans certains cas de présentation de siège.
- Des malformations et anomalies congénitales dont les plus fréquentes sont multipliées par deux dans le siège et qui entraînent plus de morts néonatales.
- Une « mortalité obstétricale » directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement dont l'importance est difficile à préciser. Pour les prématurés la mortalité périnatale est de 17%, elle est de 1% pour les nouveaux nés de 37 semaines d'aménorrhée et plus [51].

2 - Morbidité :

Elle doit être prise d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement car dans la mesure où la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance [35].

a - Accident immédiat :

- Etat de souffrance cérébrale avec détresse respiratoire, acidose nécessitant une réanimation puis l'état de mal convulsif dans les formes sévères avec hypotonie et hyper émotivité dans les formes modérées. Suivant leur importance, ces états peuvent entraîner une mort néonatale ou guérir totalement ou laisser des séquelles (convulsion, retard psychomoteur, infirmité motrice d'origine cérébrale) [62].
- Lésions nerveuses périphériques : la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial ou plutôt ses racines supérieures avec paralysie du membre supérieur. En général, il s'agit d'une élongation des nerfs mais quant il y a rupture des filets nerveux, la paralysie persiste nécessitant un traitement orthopédique afin de corriger l'attitude vicieuse du membre. L'association de ces

paralysies a une atteinte du ganglion sympathique cervical supérieur et la racine accessoire du nerf phrénique issu du C5 détermine respectivement le syndrome de Claude Bernard Horner et des troubles respiratoires importants.

- Lésions musculaires diverses : hématome, spécialement du sterno-cléido-mastoïdien, écrasement, contusion intéressant surtout le siège et les membres inférieurs. Elles s'observent surtout chez les prématurés après rupture des membranes, procidence d'un membre et plus encore après manipulation brutale du fœtus. Elles sont parfois très étendues et pourraient entraîner une hyper bilirubinémie sévère ou une coagulation intra vasculaire disséminée [55].
- Fractures variées : il s'agit de la clavicule au cours de la manœuvre de Mauriceau, l'humérus ou du fémur ou encore de décollement épiphysaire lors de l'abaissement d'un membre quand on le saisit par le milieu de la diaphyse au lieu de son extrémité distale. Elles sont habituellement de bons pronostics mais quelques réserves s'imposent quand elles s'accompagnent de lésions nerveuses ou de déplacements importants au cours des luxations [35]. L'importance de la morbidité immédiate est difficile à préciser car les accidents relevés sont très variables et dépendent surtout de la qualité et de la technique utilisées pour l'accouchement.

b - Comportement du nouveau né :

Il est important de remarquer que même dans les conditions favorables et en dehors de tout accident, les nouveaux nés issus d'accouchement par le siège, se présentent de façons moins favorables que ceux de la présentation du sommet.

La présentation du siège constitue un facteur de risque en toute circonstance car le comportement immédiat du nouveau né moins bon peut être amélioré par la césarienne bien indiquée et correctement pratiquée [7, 16].

c - Devenir des enfants :

La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance [70, 34], retentissant sur le développement antérieur et post natal et à un plus grand risque de mort subite inexplicée du nourrisson [8].

Le problème essentiel de l'évaluation du devenir des enfants est celui de l'appréciation exacte de la morbidité neurologique de

l'accouchement en présentation du siège par les voies naturelles tant les critères sont valables en fonction de l'âge [35] car certains auteurs ne prenant en compte la morbidité lourde et d'autres intégrant les déficits mineurs « minimal brain dysfunction » ainsi que l'âge d'appréciation allant de 6 mois à 7 ans.

I - Eléments de pronostic :

I₁- La mère :

Les principaux éléments du pronostic sont : l'âge, la parité, le poids, la taille et le bassin. D'autres éléments d'évaluation du pronostic existent ainsi toute anomalie ou tout état pathologique surajouté constitue un facteur défavorable voire une indication de césarienne.

- Antécédent de stérilité, d'accouchement dystocique ;
- Utérus cicatriciel, déchirure grave du périnée ;
- Grossesse pathologique, obstacle praevia.
- Certains traits de la patiente faisant douter de son comportement lors de l'accouchement.

I₂- Le fœtus :

Les éléments d'appréciation du pronostic sont multiples :

- **Le mode de présentation** : Selon la modalité, le siège décomplété était considéré comme plus grave par les classiques, appréciation contestée par les modernes [51]. En fait, la différence du pronostic doit s'établir sur la primiparité ou la multiparité en liaison avec la cause de la présentation. Chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, le pronostic fœtal comporte toujours une réserve [51].

Le siège complet était considéré comme meilleur pronostic, des études récentes en font plutôt un facteur défavorable car il retarde l'appui de la présentation sur le col, favorise la rupture prématurée des membranes, les anomalies de dilatation ainsi que les procidences d'un pied et ou du cordon surtout chez la multipare. Bien qu'aux Etats-Unis d'Amérique, le siège reste une indication formelle de césarienne, en France, seuls quelques praticiens en sont partisans mais tous s'accordent pour souligner que si l'on accepte la voie basse, il est indispensable d'être vigilant car ce mode se retrouve plus souvent que le mode des fesses dans les césariennes d'indication secondaire [51, 8,

40, 43]. La mortalité est numériquement moindre en cas de siège décomplété mode des fesses mais les différences ne sont pas statistiquement significatives [28].

- **Le poids** : Il ne doit pas être ni trop faible ni trop élevé. L'idéal se situant entre 2500 et 3500 voire 3800 grammes où s'observent le maximum d'accouchement et le minimum d'accidents [35]. L'appréciation la plus exacte possible du poids peut se faire par :
 - **La clinique** : une bonne palpation, une mesure attentive de la hauteur utérine garde toute leur valeur.
 - **L'échographie** : apporte théoriquement des renseignements plus exacts surtout quand la mesure de la circonférence abdominale est possible. Beaucoup de praticiens se bornent à la mesure des diamètres bipariétal et transverse abdominal, le dernier ayant sans doute une meilleure corrélation avec la réalité en raison des défauts plastiques du crâne dans cette présentation. L'estimation pondérale peut se faire à partir du diagramme de HANSMAN ou du procédé décrit par DELLENBACH le fœtus macrosome se caractérisant par des diamètres bipariétal et transverse abdominale supérieurs ou égaux à 100 mm ou supérieurs à 2 DS (Dérivations Standards) [17].

- **L'attitude de la tête dernière** : Elle représente un facteur pronostic de toute première importance. Elle sera précisée à chaque fois par échographie ou par radiographie du contenu utérin : bien fléchie, en position intermédiaire « military attitude » ou défléchie la face regardant vers le haut. En raison du risque de lésion médullaire toute déflexion dépassant la « military attitude » impose la césarienne après vérification de son caractère permanent. Il en est de même en cas de « bras nuqual » source de complications dystociques sévères. Tous ces facteurs doivent être analysés au cours du bilan indispensable à effectuer avant tout accouchement en présentation du siège afin de sélectionner ceux qui peuvent être tentés par voie basse.

I₃- Le travail :

Son évolution revêt une signification pronostique particulière ainsi que les incidents ou les accidents qui peuvent la troubler :

- **La rupture des membranes** : Quand elle se produit prématurément, elle est considérée comme un facteur très

Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.

de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins

Dabé Florent DIARRA

défavorable. Considérée comme une indication de césarienne si elle n'est pas suivie dans les 10 heures d'une franche entrée en travail. Actuellement, on aurait plutôt tendance à raccourcir ce délai bien que certains praticiens ne lui accordent aucune importance. Dans l'ensemble, il est préférable que la poche des eaux, reste intacte jusqu'à la dilatation complète. Fianus S. soutient même que la rupture précoce de la poche des eaux, accélère la dilatation comme dans les présentations du sommet [28].

- **La dilatation** : Elle doit être rapide, régulière au minimum de puissance. S'il existe une corrélation significative entre la vitesse de la dilatation et la durée d'expulsion [32], il était également classique d'admettre que la mortalité obstétricale s'élève rapidement de 10 à 12 heures chez la primipare et 5 à 6 heures chez la multipare bien que nombres d'auteurs n'attachent pas une telle importance à cette durée. Un bon coefficient d'Apgar peut être obtenu aussi bien après un travail long qu'après une dilatation brillante [21] et la durée de la dilatation n'influence pas grandement le pronostic de l'accouchement pourvu qu'il n'y ait pas de souffrance fœtale aigue. La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être effectuée en parallèle à celle de la dilatation, si des anomalies apparaissent alors que la dilatation progresse normalement, le pronostic n'en devient pas moins réservé, le fœtus devant encore aborder une phase plus critique : l'expulsion [35].
- **L'expulsion** : Elle demeure la période la plus dangereuse puisque s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompue, dilatation complète, siège franchement engagé. S'il n'est pas engagé en dehors d'une disproportion foeto pelvienne on est en droit de tenter une épreuve d'engagement par une perfusion d'ocytocique mais, si au bout d'une demi heure le siège n'a pas progressé à la partie moyenne, il est encore temps de renoncer à la voie basse [5]. Le dégagement ne s'effectuant pas aussi simplement comme dans la présentation du sommet il faut savoir attendre car en réalité le siège accomplit son complément de descente pour caller sa hanche antérieure sous la symphyse et déprimer le périnée postérieur. Pendant toute cette phase, le cardiocytographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu'à quel point on peut la poursuivre. Toute autre situation est quant l'expulsion semble bloquée avant que n'apparaisse la pointe des omoplates et que le dos ne soit orienté en avant, il faut craindre alors une

véritable complication en rapport avec un relèvement des bras ou encore une rétention de la tête dernière qui exige une intervention immédiate mais réglée afin de ne pas être traumatisante [35].

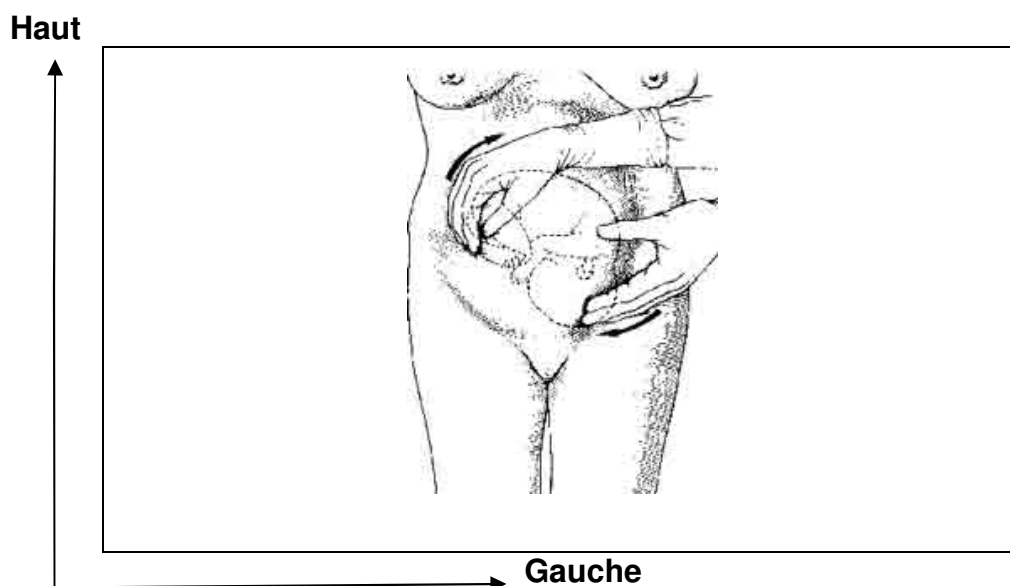
I₄ - **Manœuvres obstétricales** :

Elles doivent être considérées du point de vue pronostic car toutes présentent à côté de leurs avantages des risques qu'il faut se rappeler quand on a encore le choix entre deux manières d'agir [35].

- **La version par manœuvre externe (VME)** : Elle est toujours aussi contestée dans son principe [5, 6, 10]. On lui reproche :
 - d'être souvent impossible surtout chez la primigeste en raison de la tonicité utérine et de la fréquence des sièges décomplétés.
 - d'être inutile quand elle est facile par exemple chez la multipare car les versions spontanées se produisent le plus souvent et que le relais en présentation pelvienne s'observe avec une fréquence non négligeable quand la manœuvre est faite précocement.
 - d'être dangereuse car elle augmente la fréquence des accouchements prématurés, les circulaires du cordon ou les ruptures utérines. Ses partisans répondent que : le pronostic de tout accouchement par le siège demeure incertain. Toute version réussie est un gain et certains auteurs ont montré que ce procédé pourrait en réduire d'un tiers l'incidence des césariennes [38]. L'amélioration actuellement contestée du pronostic fœtal s'accompagne d'une multiplication des césariennes avec un taux élevé.

La version par manœuvre externe apparaît comme le seul moyen de réduire à la fois les risques fœtaux de la voie basse et les risques maternels de la césarienne [49]. Elle a cependant des contres indications : bassin chirurgical, obstacle praévia, malformation utérine connue (utérus bicorne ou cloisonné), déflexion primitive de la tête, rythme cardiaque anormal, l'insertion antérieur du placenta qui n'est qu'une contre indication relative. La version sur utérus unicatriciel classiquement contre indiquée tend à être acceptée si les conditions semblent favorables et s'il s'agit d'une cicatrice segmentaire transversale. La réussite de la version sans accident est rapportée à la notion de multiparité fréquemment associée aux utérus cicatriciels [47].

La date de la réalisation reste discutée [35]: certains obtiennent de meilleurs résultats en intervenant précocement de la 28^e semaine d'aménorrhée à la 32^e semaine d'aménorrhée chez la nullipare et de la 30^e semaine d'aménorrhée à la 34^e semaine d'aménorrhée chez la multipare, période où le rapport entre le volume du fœtus et celui du liquide amniotique semble favorable [13, 57]. D'autres préfèrent attendre la 36^e ou la 37^e semaine d'aménorrhée sous utéro relaxants de façon à éviter un grand nombre de versions qui se seront faites spontanément et à atteindre la maturité fœtale pour le cas où un accident nécessiterait d'interrompre la grossesse par une césarienne d'urgence.



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 5 : Version par manœuvre externe.

- **La césarienne programmée** : Elle se voit également remise en question ou plutôt son usage qu'en était fait depuis les recommandations de sa généralisation faite par Wrigth en 1956 et Kubli [39]. L'amélioration du pronostic fœtal résulte tant d'une meilleure connaissance des problèmes de nouvelles techniques que de l'amélioration de certaines manœuvres dangereuses, et des progrès accomplis en néonatalogie [42]. La césarienne

n'assure pas le fœtus contre la détresse respiratoire ni contre les traumatismes surtout lorsque l'opérateur dans un soucis d'esthétique fait des incisions très courtes aussi peu favorables que la voie basse et néglige ou méconnaît la technique d'extraction dont cette voie ne saurait dispenser [34, 33, 37]. La systématisation de la césarienne risque d'avoir aussi des effets pervers telle la naissance de prématuré ou des enfants déjà compromis en raison des anomalies congénitales [35]. L'amélioration des conditions d'exercice, la bonne connaissance des problèmes, une bonne conduite de travail et la surveillance du fœtus pendant cette période permettront d'abandonner toute attitude systématique pour adopter une démarche raisonnée pour rendre le pronostic foetal dans les accouchements en présentation de siège comparable à ce qu'on observe dans la présentation du sommet « aucun soucis d'amélioration du pronostic foetal à long terme ne saurait justifier la césarienne systématique » [35].

- **La manœuvre de dégagement** : L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleure solution mais à condition qu'il ne se prolonge pas jusqu'à provoquer l'anoxie où l'expérience montre près d'une fois sur deux qu'il faut plus ou moins intervenir. Ce n'est pas le choix mais une nécessité [35]. Le risque est alors de voir succéder à un abstentionnisme trop passif, un activisme désordonné. C'est la raison pour laquelle on observe actuellement un retour non à des extractions proprement dites mais à des gestes d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière [35]. Quant à la valeur des interventions, toute hiérarchie paraît illusoire : toutes, même la manœuvre de Bracht s'accompagnent d'une mortalité et d'une morbidité qui varient notablement d'un auteur à l'autre. Le forceps représente pour certains, un moyen redoutable et pour d'autres la meilleure façon d'aider à l'accouchement de la tête dernière [51]. C'est ici qu'interviennent en premier lieu l'expérience, le jugement et l'habileté de l'accoucheur ainsi que la qualité de toute l'équipe obstétricale.

I₅ - **L'accoucheur** :

Plus que dans les autres présentations, le pronostic dépend en partie de l'accoucheur. Pour bien conduire un accouchement par le siège, il faut connaître l'obstétrique classique souvent négligée. Les interventions trop fréquentes, trop précoces ou hâtivement exécutées peuvent entraîner une dystocie qu'une attente patiente eut évité. A l'inverse, l'expectative ne doit pas être érigée en système. L'intervention, lorsqu'elle est indiquée suppose la connaissance exacte du mécanisme obstétrical et ne doit pas être improvisée.

J - Bilan d'orientation [35] :

Ce bilan doit tenir compte des différents facteurs envisagés au chapitre des éléments du pronostic :

- **Maternels** : âge et parité, taille, bassin, grossesse et antécédents.
- **Fœtaux** : mode de présentation, estimation pondérale, attitude de la tête dernière, malformations éventuelles.

Ce bilan impose également la pratique de trois examens :

- **Echographie** : centrée sur l'étude de la biométrie et de la flexion du pôle céphalique.
- **Radiopélvimétrie numérisée si possible** : appréciant la forme et les dimensions du bassin.
- **Contenu utérin** : précisant le mode de présentation et la flexion de la tête.

K - Conduite à tenir :

1 - Pendant la grossesse :

Le diagnostic étant fait et les facteurs de risque établis, plusieurs attitudes sont possibles aussi la conduite à tenir peut être conçue à partir de l'échographie systématique entre la 32^e et la 34^e semaine d'aménorrhée qui tend à se généraliser et offre entre autres avantages celui de mettre en évidence la présentation du siège [51]. Le diagnostic précoce permet :

- De mieux surveiller la fin de la grossesse qui peut être considérée comme une grossesse à risque en raison de la fréquence avec laquelle s'observent les malformations, les anomalies congénitales, les souffrances fœtales et accouchements prématurés [50].

- De tenter, si on est un partisan d'une version par manœuvre externe vers la 36^e semaine d'aménorrhée.
- D'établir un bilan des facteurs de pronostic maternel et fœtaux afin d'établir ou tout au moins orienter ses décisions alors qu'on a encore la liberté.

Actuellement les éléments du pronostic ou plutôt leur interprétation diffèrent tellement suivant les auteurs que devant le problème de l'accouchement du siège, trois attitudes sont observées :

a - Epreuve de travail :

Une attitude moyenne qui, après un bilan établi avec pondération fait confiance à l'épreuve de travail aux moyens de surveillances et de traitements actuels. Elle sera d'un type particulier puisqu'il s'agit ici de préjugé d'après la dilatation si l'expulsion peut se terminer sans risque pour le fœtus. Une collaboration éclairée et efficace de la femme est indispensable pour envisager la voie basse ce qui souligne l'importance toute particulière de la préparation psychoprophylactique [35].

Les données de la clinique et du cardiotocographe permettront d'individualiser quatre types de situation qui déterminent la conduite à tenir [24].

- **Le rythme cardiaque fœtal est normal** : la dilatation progresse normalement, le siège appui, attendre avec confiance en maintenant la surveillance et sans chercher à précipiter les choses avec une perfusion d'ocytocique.
- **Le rythme cardiaque fœtal devient anormal** : même si la dilatation progresse mieux vaut ne pas attendre et intervenir par voie haute puisque l'engagement et l'expulsion constitueront les périodes encore plus critiques pour le fœtus.
- **Le rythme cardiaque fœtal normal mais le travail n'avance pas régulièrement** : établir un nouveau bilan recherchant une cause mécanique passée inaperçue et justifiant une césarienne si non faire un traitement d'épreuve comportant la correction éventuelle des contractions insuffisantes par la pose d'une perfusion d'ocytocique administrée à la pompe et contrôlée par une mesure de la pression intra amniotique s'il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses. On peut si besoin, rompre les membranes afin d'augmenter l'appui de la présentation sur le segment inférieur et ainsi faciliter la dilatation. Ces mesures

Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.

de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins

Dabé Florent DIARRA

doivent être suivies rapidement d'un résultat favorable si non il faut pratiquer une césarienne.

- **Un accident se produit (procidence d'un pied ou du cordon)** : à moins d'être dans les conditions parfaites et de maîtriser la technique de la grande extraction, il faut intervenir chirurgicalement.

b - La voie basse :

La voie basse exceptionnelle avec un taux de césarienne élevé dont on peut douter des avantages et craindre qu'elle n'aggrave l'appréhension et l'incompétence vis-à-vis de cet accouchement [53]. La version par manœuvre externe est souvent légitimement tentée pour transformer la présentation du siège en sommet cela grâce à des moyens de surveillance et de traitement actuellement disponibles [51].

c - La césarienne systématique :

Avant tout début de travail, avec l'aggravation des risques maternels, les contre indications à la voie basse, peuvent être formelles ou relatives. Toutefois, la notion d'utérus cicatriciel constitue jusqu'à preuve de contraire une contre indication pour la voie basse en raison du risque de rupture en cas de manœuvre d'extraction ou de mauvaise dynamique de travail. Ne l'est plus sauf pour les utérus pluricicatriels et les hystérotomies segmento-corporeales [51]. Toutefois, il y a aussi des indications classiques de la césarienne dans la présentation du siège. La césarienne est plus discutable lorsque survient une rupture prématurée des membranes. Elle est justifiée si le travail ne s'est pas déclenché dans les 10 heures suivantes. Lorsqu'à une pathologie maternelle extra gravidique (toxémie, diabète, obésité, cardiopathie) s'associe une présentation du siège, la voie haute est souvent choisie [51].

2 - Pendant le travail :

« En présence d'un accouchement par le siège, le premier devoir est de se rappeler que la présentation du siège peut être eutocique et d'avoir confiance [51]. ». On envisagera donc l'accouchement avec calme en se gardant d'alarmer la patiente. De nombreuses présentations du siège sont acceptables. Il en résulte que la conduite à tenir lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement, doit se réduire

au minimum. Les moyens psychoprophylactiques sont particulièrement utiles. Toutefois, on se gardera de rompre trop tôt les membranes, elles le seront à partir de 6 cm de dilatation. Aussi l'eutocie est-elle fréquente chez les multipares et chez nombre de primipares mais l'expectative n'est pas toujours suffisante. Certaines présentations du siège surtout chez les primipares, sont justiciables d'une autre thérapeutique, des difficultés peuvent se rencontrer parfois prévisibles à cause d'elles on prendra des précautions de principe même dans des circonstances apparemment favorables.

- La première précaution est qu'un accouchement par siège ne doit plus se faire en dehors d'un service d'obstétrique bien organisé. La présence d'un obstétricien est nécessaire même s'il ne fait pas lui-même l'accouchement.
- Un anesthésiste doit être lui aussi présent.
- Un auxiliaire pour exécuter correctement les manœuvres d'expression seulement pendant les contractions plus utiles ici qu'en toute autre circonstance.
- Un forceps doit être prêt à l'emploi.
- Une perfusion d'ocytocine sera mise en place à la période d'expulsion.
- Chez la primipare une épisiotomie sera toujours exécutée quand le siège distant le périnée.

Cette idée d'eutocie tempérée n'est pas partagée par tous les auteurs. Certains considèrent la présentation du siège avec une méfiance souvent excessive.

2₁- L'eutocie :

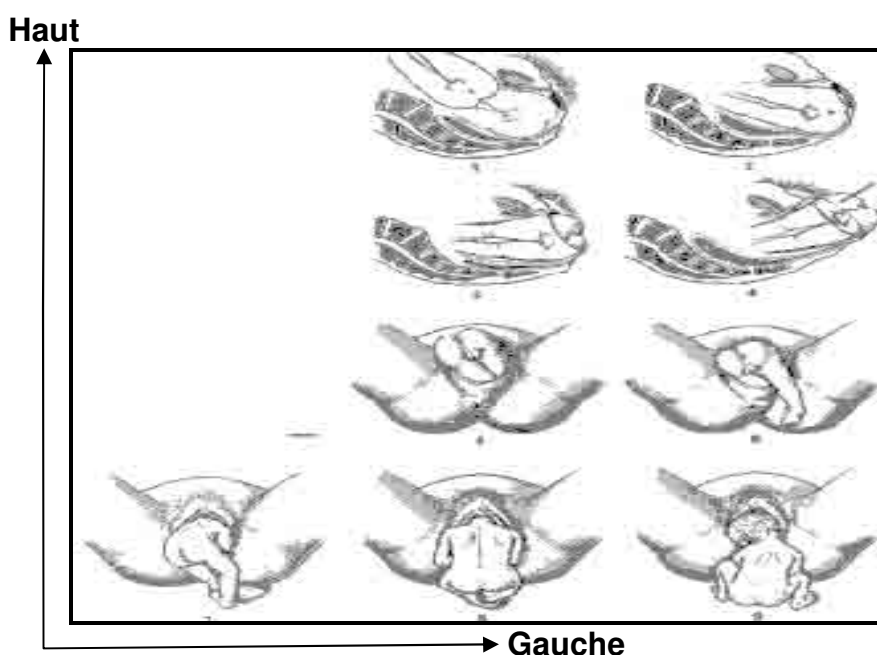
Une contractilité utérine de bonne qualité, des contractions utérines régulières, une souplesse interphasaire satisfaisante sont les garants d'une progression favorable de la dilatation du col, régularité qui permet d'escompter le déroulement normal des phénomènes mécaniques. A dilatation complète, la présentation arrivée sur le périnée commence sa phase d'expulsion. Celle-ci peut être conduite de différentes façons.

2₁-1- L'abstention presque complète : méthode de Vermelin

La patiente est mise en position gynécologique. Jusqu'à l'apparition de l'ombilic fœtal il n'y a rien à faire si ce n'est parfois à aider le dégagement des membres inférieurs. A ce moment, une anse peut être faite sur le cordon d'utilité contestable. Sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs, l'accouchement se produit de lui-

même. Le dos du fœtus tourne en avant, les épaules se dégagent toutes seules, puis la tête en flexion. L'enfant est recueilli dans l'écartement des cuisses de la mère sur un plan horizontal [51].

Le rôle de l'obstétricien qualifié par Henrion de « Manchot Empereur » n'a été que celui d'un observateur attentif [6]. 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 accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse. C'est donc tout de suite avant que la tête n'arrive au détroit qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple soit en continuant le mouvement de rotation amorcé [51].

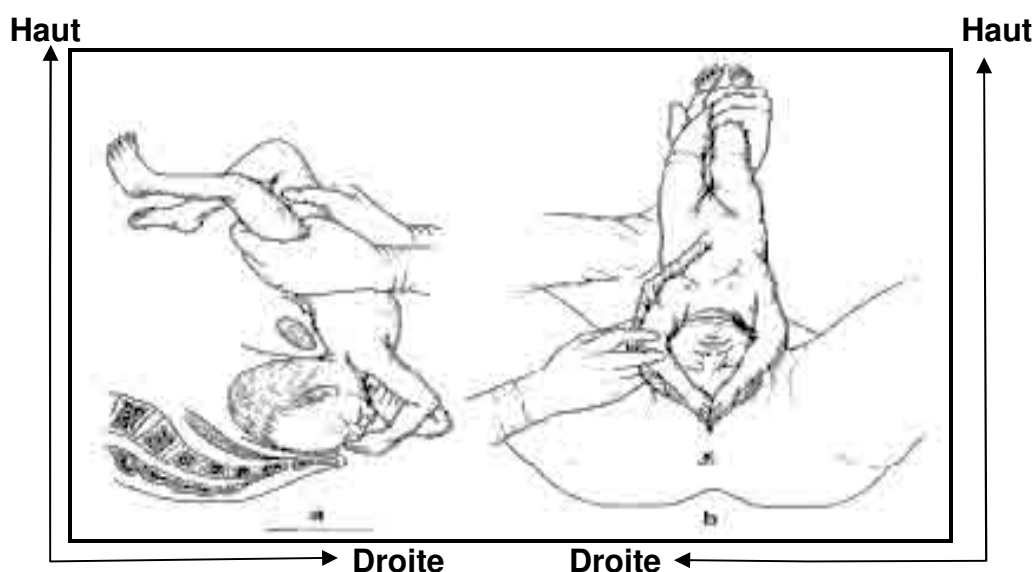


<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 6 : Méthode de Vermelin ou abstention presque complète

2₁-2- Manœuvre de Bracht :

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 au tour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion [51].



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 7 : Manœuvre de Bracht **2₁-3- L'expulsion assistée :**

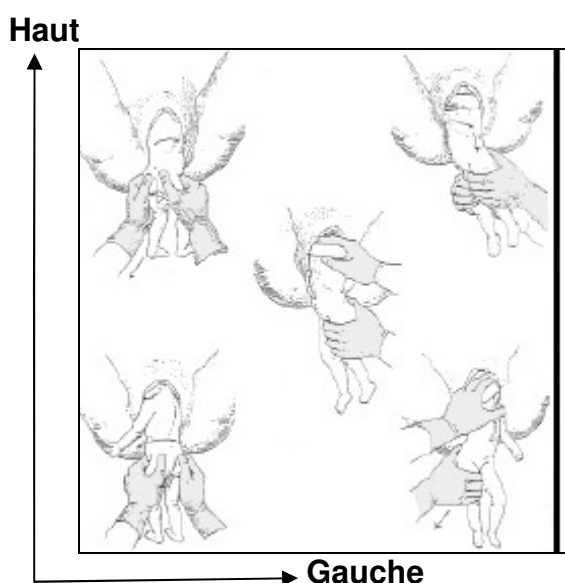
Dans ces cas d'eutocie, cette doctrine d'inaction ne doit pas être exagérée et la marche du travail gagne souvent à être facilitée par certaines manœuvres non seulement anodines mais favorables à la condition que l'opérateur instruit des mécanismes ci-dessus décrits et suffisamment entraînés ne fassent qu'en aider l'évolution naturelle. Le dégagement du siège peut être facilité en aidant les membres inférieurs à franchir l'orifice vulvaire. Dans la variété décomplétée, l'extraction des membres inférieurs réduit le monolithe rigide qui gêne la sortie du tronc. On peut favoriser la sortie des membres supérieurs en les accompagnant ou en assurant leur abaissement, parfois même aider l'accouchement de la tête en exécutant la manœuvre de Mauriceau.

2₂- La dystocie :

2₂-1- A la présentation du siège se surajoute pendant le travail une complication :

- **Placenta praevia** : bien que la présentation du siège soit pour les insertions latérales théoriquement plus favorable que la présentation du sommet, l'indication de la voie haute est cependant fréquente en raison des accidents liés à l'insertion vicieuse [51].
- **La procidence du cordon** : bien que le danger encouru par le fœtus soit moindre que dans la présentation du sommet, la césarienne est toujours indiquée ou chez la multipare si la dilatation n'est pas complète.
- **La dystocie se manifeste en cours de travail** : alors que le bassin et le volume foetal paraissent normaux et qu'aucune complication n'est surajoutée son expression est essentiellement dynamique. Que le régime contractile soit normal ou non, la dilatation du col cesse de progresser. L'arrêt se produit le plus souvent entre 4 et 6 cm. Dans cette situation, il faut recourir à l'épreuve « dynamique dirigée du travail » quand la dilation quelle que soit son degré stagne depuis plus d'une heure, les membranes sont rompues, si l'œuf n'est pas ouvert une perfusion d'ocytocine est installée alors de trois choses l'une :
 - 🚦 La dilatation reprend son cours régulièrement à allure normale, éventualité fréquente, c'est avec confiance que l'on peut escompter l'accouchement spontané par voie basse. Cependant, l'absence d'engagement à dilatation complète impose la voie haute.
 - 🚦 La perfusion reste sans effet sur la dilatation : la césarienne s'impose.
 - 🚦 Les effets de la perfusion ne sont pas francs, la dilation progresse mais lentement sans régularité. C'est dans ces conditions que surviendraient des complications conduisant à des manœuvres dangereuses pour le fœtus. Il faut prendre pour règle que l'inefficacité relative de la perfusion pose une indication aussi formelle à la césarienne que l'inefficacité totale. D'ailleurs ces dystocies dynamiques irréductibles témoignent souvent d'une dystocie mécanique sous jacente passée inaperçue [51].

- **La dystocie d'expulsion** : elle peut être l'aboutissement d'une dystocie dynamique ou la conséquence d'une faute au cours de l'expulsion (relèvement des bras). L'expression abdominale souvent ne doit pas être commencée avant l'expulsion des épaules. Enfin la dystocie peut survenir sans cause apparente (rétention de la tête dernière dans l'excavation).
- **La dystocie par relèvement des bras** : fréquente au cours des grandes extractions, n'est pas rare au cours d'une expulsion spontanée. En générale, les bras sont relevés en avant de la face : deux techniques sont possibles :
 Soit la manœuvre d'abaissement : on commence par abaisser le bras antérieur en tirant très en bas jusqu'à ce que l'aisselle et si possible l'épaule apparaisse, la main est placée pouce dans l'aisselle, deuxième et troisième doigt le long du bras jusqu'au coude. Le bras est abaissé en maintenant le contact avec la face du fœtus. Même manœuvre pour le bras postérieur après avoir fortement relevé le bras du fœtus.
 Soit la manœuvre de double rotation axiale (manœuvre de Lovset) afin d'utiliser la forme en spirale du détroit supérieur depuis le promontoire en haut jusqu'au point rétro pubien en bas qui favorise l'abaissement naturel des épaules.

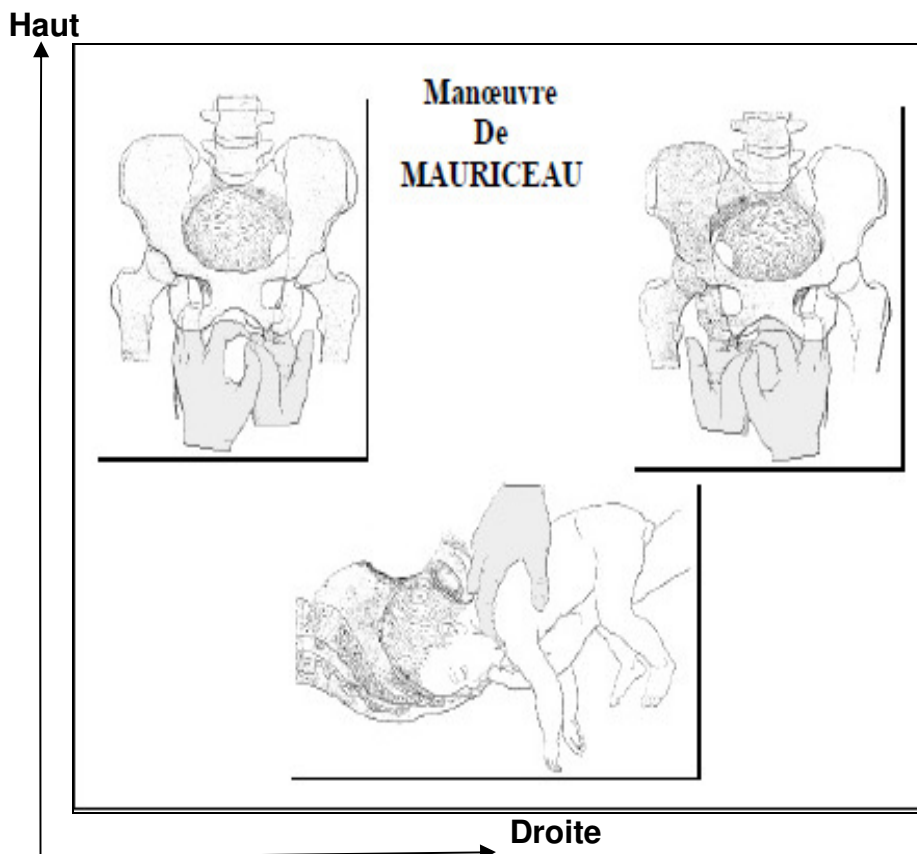


<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 8 : Manœuvre de Lovset : abaissement des bras

C'est la manœuvre la moins traumatisante et la plus efficace. Le fœtus est saisi pouce sur les lombes, paume sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90° le dos vers la droite sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse, il est dégagé. L'autre épaule descend alors sous le promontoire. Une deuxième rotation de 180° en sens inverse amène le bras postérieur en avant, le coude apparaît à la vulve. Le fœtus est alors abaissé pour fixer l'occiput sous la symphyse et la tête est dégagée par la manœuvre de Bracht.

- **La dystocie par rétention de la tête dernière** : elle comporte deux types d'inégale gravité et d'inégale fréquence :
 - **La rétention de la tête dans l'excavation** :
 - ✓ **La manœuvre de Mauriceau** : sa réussite dépend de la connaissance exacte de son exécution. Introduire l'index et le médus de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. Placer le fœtus à cheval sur l'avant bras les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbé en crochet. Fléchir la tête, tourner la tête amenant l'occiput sous la symphyse, fléchir lentement la tête pour dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus qui est doucement relevé. Toutes ces manœuvres doivent s'exécuter sans efforts. Si l'on devrait déployer une force excessive mieux vaudrait renoncer au Mauriceau qui risquerait d'entraîner des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo bulbaire).



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 9 : Manœuvre de Mauriceau

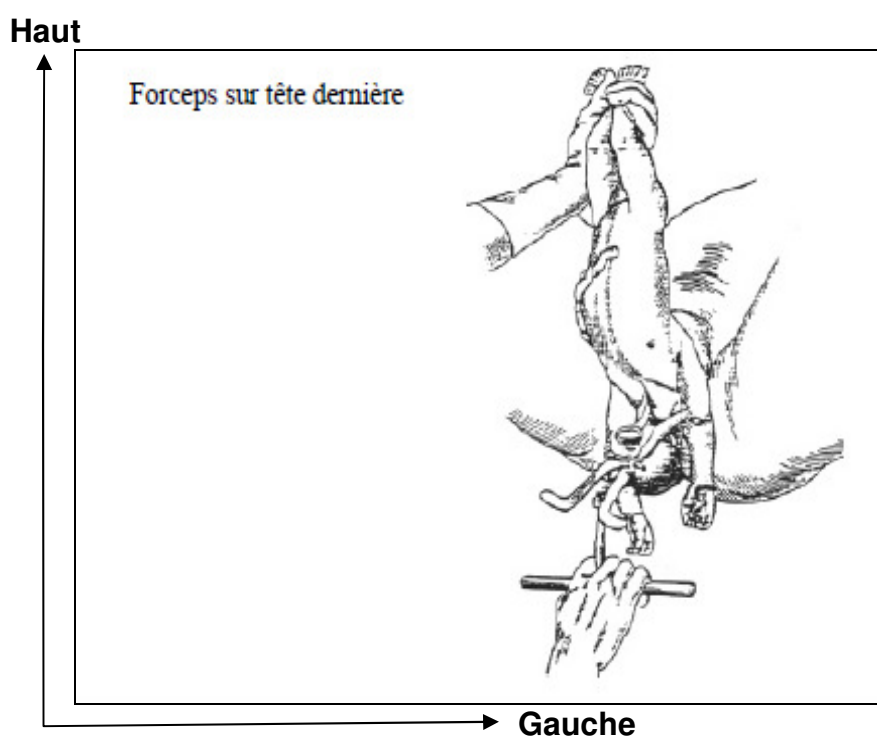
- ✓ **Application du forceps sur la tête dernière :** elle devient alors l'opération de choix que l'on a souvent intérêt de choisir d'emblée comme plus facile et moins dangereuse que certaines manœuvres de Mauriceau. L'indication étant la difficulté d'extraire la tête malgré l'exécution d'une épisiotomie. Sans le forceps, de trop puissantes tractions sur le cou du fœtus risqueraient d'entraîner de graves lésions du plexus, médullaires ou cérébro-méningées. Les conditions du forceps ne doivent pas changer du fait que la tête soit dernière, c'est-à-dire que la tête doit être dans l'excavation. Toute tentative de forceps au dessus du détroit supérieur, serait meurtrière pour le fœtus. Il faut aussi que le corps du fœtus ait été extrait le dos en avant et que l'occiput se mette en rapport avec la symphyse pubienne. Les manœuvres commencent par une épisiotomie si elle n'a pas été

faite. Avant d'appliquer le forceps, on exécute à la main les premiers temps de la manœuvre de Mauriceau au moyen d'un doigt introduit dans la bouche du fœtus. Flexion de la tête, rotation en occiputo-pubien, enfin descente autant qu'il est possible. Le fœtus est saisi par les pieds et relevé devant le pubis, un aide le maintient en cette position. Le forceps sera donc appliqué sous le fœtus. Les cuillères sont introduites selon la technique habituelle le long de la joue correspondante du fœtus ; articulation et vérification de la prise ; extraction. La traction est d'abord dirigée très en bas pour bien engager le sou occiput sous la symphyse puis la traction est progressivement relevée pour fléchir la tête. Le menton se dégage de la commissure postérieure et la bouche apparaît. A partir de ce moment, on termine lentement le dégagement sans retirer le forceps avant l'extraction complète de la tête.

2-2- Fœtus mort se présentant par le siège [51] :

Quand le fœtus est mort avant le travail, la solution de l'accouchement spontané est la meilleure. On recourt parfois à la grande extraction à dilatation complète pour soumettre la mère à l'anesthésie générale et lui éviter ainsi le spectacle de la naissance de son enfant mort. Mais cette opération n'est pas sans risque en cas de macération fœtale. Les tractions peuvent arracher un membre inférieur rendant plus difficile l'intervention. Pour le cas particulier de l'hydrocéphale, l'accouchement du siège et du tronc se fait d'autant mieux que le fœtus est macéré. L'existence d'une mal formation, en particulier d'un spina-bifida doit faire penser à l'hydrocéphalie si elle était méconnue. L'accouchement de la tête dernière en l'absence de traitement provoquerait l'éclatement du segment inférieur. La mère exposée à la rupture utérine lorsque l'hydrocéphalie est méconnue, ne court guère de danger lorsque le traitement est exécuté en temps opportun. L'enfant naît le plus souvent mort ou mourant du fait du traitement. Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse, l'interruption de celle-ci est en général proposée. Il reste plus à l'heure actuelle qu'une indication d'embryotomie : la craniotomie avec éventuellement cranioclasie de l'hydrocéphale. Cette intervention se pratique sous anesthésie à dilatation avancée du col. Au cours de cette embryotomie

sur tête dernière, à la perforation directe du crâne, on préfère son évacuation par voie rachidienne (manœuvre de Von Huvel-Tarnier). La tête étant maintenue par un aide, le tronc étant tiré vers le bas après avoir incisé la peau de forts ciseaux et ouvrant le canal rachidien dans la région cervicale. On introduit une sonde en gomme ou mieux une sonde rigide de préférence métallique (sonde de Dolérisse). Le liquide s'écoule de lui-même, la voûte crânienne s'affaisse et l'extraction devient aisée.



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 10 : Forceps sur tête dernière

L - Autres manœuvres utilisées sur le siège [29]:

1 - Version par manœuvre interne (VMI) :

Elle est la manœuvre qui consiste à transformer une présentation primitive céphalique ou transverse en présentation du siège, pour dans le même temps extraire le fœtus par une grande extraction. L'intervention est effectuée par une main intra utérine aidée par l'autre main qui agit aux travers de la paroi abdominale. La version par manœuvre interne doit être connue ne serait-ce que pour tenter de sauver un enfant quand le plateau technique ne permet pas la césarienne ou plus communément pour extraire un fœtus en transverse au cours d'une césarienne. La patiente est en position obstétricale, les fesses dépassant légèrement le bord de la table d'accouchement afin de ne pas entraver les mouvements de traction de l'obstétricien. La vessie aura été préalablement vidée par un sondage évacuateur. Du fait de la large mise en œuvre de l'analgésie péridurale, l'anesthésie générale n'est plus systématique. La version par manœuvre interne comprend trois temps (Morin 1985) préhension, mutation et grande extraction. Il faut avoir une parfaite représentation du fœtus dans l'espace et en particulier du côté de la tête ou du siège et de l'orientation du dos plus souvent en avant qu'en arrière. L'échographie en salle de travail est très utile dans ce type de situation. Une main est introduite dans l'utérus et repousse la présentation céphalique. On introduit la main du même nom que le siège : siège à gauche : main gauche de l'opérateur ; siège à droite : main droite de l'opérateur. Il faut ensuite aller au fond de l'utérus, donc introduire l'avant bras tout entier. Quel pied saisir ?

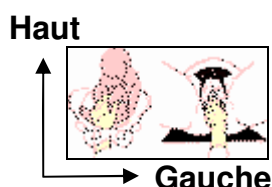
Les deux, chaque fois que cela est possible. Celui qui est au cours de la mutation deviendra antérieur en rapport avec la symphyse pubienne. En pratique, l'homologue de la main introduite (pied droit si main droite ce qui n'est pas toujours simple). En dorso-antérieur, le pied le plus bas situé et en dorso-postérieur le plus haut situé. Celui que l'on trouve le plus facilement parfois le pied du fœtus qui a été saisi, est attiré vers le bas ; dans le même temps, l'autre main placée sur le fond utérin aide à la progression du fœtus. On termine ensuite par une grande extraction. Si le mauvais pied (pied postérieur) a été choisi, le dos tourne en arrière et la hanche antérieure se pose sur la symphyse pubienne.

2 - Grande extraction du siège :

Elle comprend deux temps :

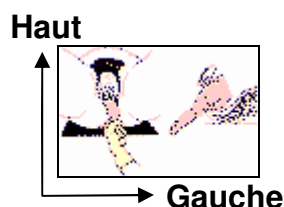
1^{er} temps : Les difficultés varient avec le mode de présentation. Une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône.

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



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N°11 : grande extraction du siège (saisir le pied antérieur ou les 2 pieds).



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 12 : grande extraction : traction vers le bas.

Si le pied postérieur a été saisi et abaissé, la fesse antérieure vient buter contre la symphyse pubienne.

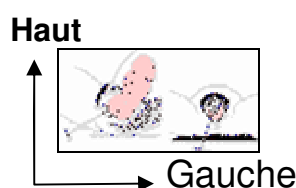
b - Siège décompleté :

b₁ - Manœuvre de Mantel Pinard :

Elle permet d'abaisser le pied en fléchissant le genou du siège décomplété. Introduire une main droite dans le vagin en refoulant le siège, repérer le creux poplité du membre inférieur, appuyé avec le doigt dans le creux poplité pour entraîner la flexion de la jambe sur la cuisse ce qui permet de saisir le pied. Ce type de manœuvre est quasi impossible chez une primipare à utérus cylindrique.

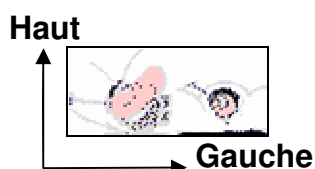
b₂ - Ventouse sur siège :

Dans le siège décomplété, l'abaissement du pied (manœuvre de Mantel Pinard) est difficile et dangereux pour le fœtus surtout si le massif trochantérien est engagé. La ventouse est employée sans anesthésie pour bénéficier des efforts expulsifs maternels qui maintiennent le fœtus bien tassé dans la cavité utérine. La cupule de la ventouse est appliquée sur la fesse antérieure du fœtus à distance de la région anopérinéale. La traction se fait dans l'axe ombilico-coccygien jusqu'à ce que la hanche fœtale antérieure soit fixée sous la symphyse pubienne.



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 13 : premier temps de la traction vers l'axe ombilico-coccygien



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 14 : deuxième temps de la traction : relèvement progressif de la traction

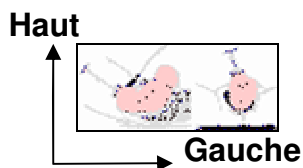


Figure N° 15 : troisième temps de la traction pratiquement verticale pour extraire le tronc.

Ensuite, la direction de la traction est relevée progressivement en suivant avec un certain retard l'axe donné par le corps fœtal. Ceci dans le but de faire coïncider le plus possible avec l'axe d'engagement accromio-céphalique. L'extraction du tronc ne demande qu'un effort minime. La direction de la traction se rapproche de la verticale.

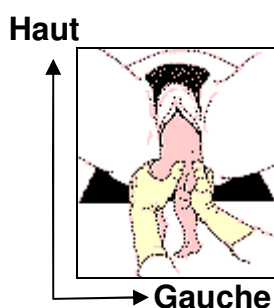
2^e temps :

Le genou étant à la vulve, saisir la cuisse, orienter le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin en imprimant au membre inférieur un mouvement de rotation. Au moment du dégagement, orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéro postérieur du détroit inférieur. Le périnée est distendu, c'est le moment de pratiquer une épisiotomie si elle est nécessaire. Tirer vers le bas pour dégager la hanche antérieure puis horizontalement et vers le haut pour dégager la hanche postérieure, le membre postérieur se dégage alors.

b₂-1 - Petite extraction :

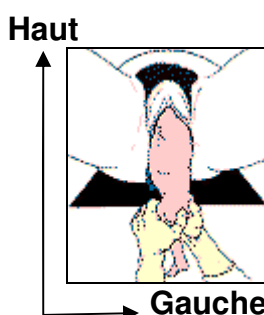
Le troisième temps de la grande extraction se confond avec la petite extraction. Il faut différencier le relèvement des membres supérieurs au dessus du détroit supérieur souvent dû à une faute technique (traction inopportune en dehors des contractions utérines) et les difficultés d'extraction des membres supérieurs dans l'excavation pelvienne facilement traitées par les manœuvres de Lovset et du Suzor. Dans le vrai relèvement des bras, les techniques sont difficiles et l'abaissement du bras postérieur (Demelin) paraît plus facile que l'abaissement du bras antérieur (lantuejou). La petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras et l'extraction de la tête dernière. La traction se fait sur le bassin du fœtus entouré d'un champ stérile chaud, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum ; les index et les médius sur les ailes iliaques. Orienter le biacromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager et de descendre les épaules. Quand l'ombilic apparaît, faire une anse au

cordon même si celui-ci ne bat pas. On se garde de précipiter l'opération. Le dégagement des épaules dans la petite extraction se fait dans le diamètre antéro postérieur du détroit inférieur. La rotation a été faite pendant la descente. On tire en bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse. Pour dégager le bras antérieur, on utilise la technique de lantuejoul : placer le pouce sous l'aisselle, l'index et médius le long du bras parallèle à celui-ci. Le bras est ensuite abaissé en lui faisant garder le contact avec la face antérieure du thorax du fœtus « On fait se moucher le fœtus ». La faute serait de saisir l'humérus perpendiculairement à son axe au risque de le fracturer. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et comme précédemment, le pouce placé dans l'aisselle, les deuxièmes et troisièmes doigts le long du bras postérieur, parallèle à lui on abaisse progressivement le bras en le portant vers la face antérieure du fœtus. En résumé, dans la petite extraction classique, les deux épaules restent dans le même diamètre oblique puis antéro postérieur l'épaule antérieure est dégagée en premier.



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 16 : petite extraction (1)



<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 17 : petite extraction (2)

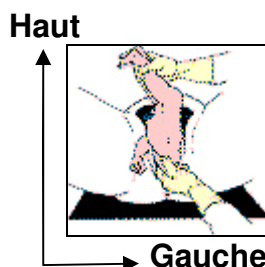
Haut
 ↑
*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
 de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins*
 Dabé Florent DIARRA
 ↓



Gauche

<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 18 : petite extraction (3)



Gauche

<http://www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99obs/siegevb.htm>

Figure N° 19 : petite extraction (4)

Variantes pour extraire les bras :

C'est au cours de l'accouchement des épaules que l'on rencontre une des complications principales des extractions dues souvent à une faute technique, quelques fois à l'étroitesse des parties molles : le relèvement des bras.

b₂-2 - Manœuvre de Demelin :

C'est l'abaissement en premier du bras postérieur. La main homologue au bras du fœtus que l'on veut abaisser (main droite pour le bras droit et main gauche pour le bras gauche) est introduite dans la concavité sacrée. L'index et médius sont placés en attelle le long de l'humérus pour éviter sa fracture tandis que le pouce prend appui au niveau du creux axillaire. Le bras est abaissé toujours vers l'avant du fœtus en décrivant un arc de cercle dans le sens de la flexion. Après cette manœuvre, si le bras antérieur ne descend pas de lui-même, une rotation de 180° du corps de l'enfant transforme le bras antérieur en bras postérieur qui est abaissé de la même façon.

b₂-3 - Manœuvre de Suzor (Relèvement des bras) :

On fait exécuter au tronc un mouvement de rotation sur son axe amenant le bras relevé en situation opposée. Dans un premier temps, amener l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne et dégager le bras antérieur. Dans un deuxième temps, faire effectuer au fœtus une rotation de 180° pour transformer l'épaule postérieure en épaule antérieure. En général, le deuxième bras s'abaisse spontanément, si non le dégager. Au total, on fait une seule conversion.

b₃ - Extraction de la tête dernière :

On retrouve dans les dystocies de la tête dernière les mêmes problèmes que ceux décrits pour les épaules. La rétention de la tête au dessus du détroit supérieur est de traitement difficile. Elle est souvent due à une erreur diagnostique (disproportion foetopelvienne, hydrocéphalie). Les manœuvres sont alors dangereuses (Champetier de Ribes) et le Forceps sont contre indiqués.

b₃-1 - Manœuvre de Mauriceau Smellie-Veit :

Même procédure que la manœuvre de Mauriceau avec en plus un aide qui exerce au dessus du pubis une pression sur le sommet du crâne fœtal.

b₄ - Manœuvre de Wiegrand-Martin :

- Première manière :

L'enfant est à cheval sur l'avant bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche et attire la tête en bas et en arrière. L'autre main exerce au dessus du pubis une pression sur le sommet du crâne fœtal.

- Deuxième manière (Brindeau) :

Il faut deux opérateurs : le premier relève les pieds d'une main et exerce de l'autre main une traction sur la bouche, l'aide exprime la tête fœtale à travers la paroi abdominale.

b₅ - Manœuvre de Champetier de Ribes :

La main est introduite dans la cavité utérine, deux doigts sont placés dans la bouche du fœtus, ils fléchissent la tête qui est ensuite

orientée selon un diamètre oblique, engagée puis tournée en occiputopubien (OP) et extraite.

b₆ - Manœuvre de Kristellar :

Même procédure que la manœuvre de Bracht avec en plus un aide qui exerce au dessus du pubis une pression sur le sommet du crâne foetal.

IV - METHODOLOGIE :

A - Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (9 CScCom) qui s'y réfèrent.

La maternité du centre de santé de référence de la commune V comprend :

- une unité grossesses à risque
- une Unité accouchement/suites de couches
- une unité de soins après avortement (SAA)
- une unité de néonatalogie
- une unité de CPN (Consultations prénatales)
- une unité de PF (Planning familial) et post natales
- une unité bloc opératoire
- une unité post opéré et salle de pansement
- une unité des urgences gynécologiques et obstétricales (salle XIV)
- une unité de consultation externe et de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Le service de gynécologie obstétrique du CSRef. de la commune V est dirigé par un professeur agrégé de gynécologie obstétrique. Il est assisté par un gynécologue obstétricien et DES de gynécologie obstétrique en stage rotatoire.

Il y a également les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes, les étudiants faisant fonction d'internes, les chauffeurs d'ambulance et les manœuvres.

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

- un gynécologue obstétricien en astreinte
- un DES en gynéco-obstétrique
- cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- deux sages femmes
- une aide soignante
- un infirmier anesthésiste
- un technicien de laboratoire
- un(e) caissier(e)
- un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les centres hospitaliers universitaires (CHUPG, CHUGT) et le centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.
- un staff quotidien a lieu tous les jours à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque mercredi après le staff. Le personnel bénéficie du télé enseignement les jeudis à partir de 9h sur le RAFT (Réseau Afrique Francophone de Télé médecine).

Au niveau de l'organisation matérielle du service de garde, l'équipe dispose de :

- quatre tables d'accouchement
- deux salles d'opérations fonctionnelles
- un dépôt de sang
- une ambulance
- des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales
- des kits de césariennes gratuites.

B - Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale et analytique cas /témoins.

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins
Dabé Florent DIARRA*

C - Période et durée d'étude :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du CSRef de la commune V et a porté sur la période allant du 1^{er} Juillet 2007 au 30 Septembre 2007 (3 mois).

D - Population d'étude :

Notre population d'étude est composée de : toutes femmes qui sont venues accoucher à la maternité et qui ont été admises en phase de latence du travail d'accouchement.

E- Taille de l'échantillon

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

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

Nous avons colligé 50 cas (accouchements en présentation de siège) comparés à 100 témoins (accouchements en présentation du sommet) sur un nombre total d'accouchements de 1865.

F- Résultats :

- Niveau de confiance = 95%
- Nombre de cas = 50
- Nombre de témoins = 100
- Total = 150

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 50 Cas pour 100 témoins donnant un total général de 150 accouchements pour toute l'étude.

G - Critères d'inclusion :

Sont incluses dans notre étude :

- Cas :

Les parturientes admises en salle de travail sur grossesses estimées à terme avec fœtus, unique vivant, en présentation de siège chez qui, l'examen a retrouvé une phase de latence de travail d'accouchement sans autre facteur de risque contre indiquant la voie basse.

- Témoins :

Les parturientes admises en salle de travail d'accouchement sur grossesses estimées à terme avec fœtus, unique vivant, en présentation du sommet chez qui, l'examen a retrouvé une phase de latence de travail d'accouchement sans autre facteur de risque contre indiquant la voie basse.

H- Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Cas :

Tous les cas qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion : les accouchements prématurés, les grossesses multiples, les souffrances fœtales aiguës diagnostiquées en début de travail, les macrosomies fœtales, les bassins limites, les femmes admises en salle de travail avec présentation du siège mais en phase active.

- Témoins :

Tous les cas d'accouchement prématuré, de grossesses multiples, de souffrances fœtales aiguës, de macrosomies fœtales, de bassins limites, toutes celles qui ont été admises en phase active de travail d'accouchement.

I- Critères d'appariement :

Nous avons apparié un cas à deux témoins suivant l'âge et la parité.

J- Variables étudiées :

- La fréquence des accouchements de siège
- L'âge et la profession des patientes
- Les antécédents obstétricaux
- La durée du travail d'accouchement
- La durée de la phase expulsive
- Le déroulement dystocique ou eutocique du travail d'accouchement
- La direction du travail d'accouchement
- La prévalence des épisiotomies
- Les manœuvres ou extractions instrumentales utilisées
- La qualification de l'accoucheur
- Le poids du nouveau né
- L'Apgar du nouveau né à 1 min et à 5 min
- Les traumatismes du nouveau
- La réanimation du nouveau né
- La voie d'accouchement

K- Sources des données :

Les données sont recueillies à partir de :

- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Fiche d'anesthésie ;
- Registre de transfert des nouveaux nés ;
- Registre des références / évacuations ;
- Registre de décès périnatal ;
- Carnet de CPN ;
- Partographe ;
- Registre d'accouchement ;
- Registre d'anesthésie.

L- Définitions opératoires :

Phase de latence :

Travail d'accouchement avec dilatation cervicale entre 1 à 3 cm.

Phase active :

Travail d'accouchement avec dilatation cervicale entre 4 à 10 cm.

Phase expulsive :

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas /témoins
Dabé Florent DIARRA*

Travail d'accouchement à dilatation complète du col jusqu'à l'expulsion du fœtus.

BGR : Bassin Généralement Rétréci.

Venues d'elles-mêmes :

Ont été considérées comme venues d'elles-mêmes toutes les parturientes admises sans avoir été adressées par un agent de santé.

Référées :

Ont été considérées comme référées toutes les parturientes adressées par une structure à une autre et dont l'état clinique ne nécessite pas une hospitalisation ou une prise en charge d'urgence.

Évacuées :

Ont été considérées comme évacuées toutes les parturientes adressées à une structure de niveau supérieur pour un motif quelconque et dont l'état clinique nécessitait une prise en charge d'urgence.

Accouchement par voie basse :

Expulsion du fœtus par les voies naturelles.

Accouchement par voie haute = césarienne

Primipares : premier accouchement

Paucipares : entre 2 et 3 accouchements.

Multipares : supérieur ou égal à 4 accouchements.

Cas : accouchement du siège

Témoins : les deux premiers cas d'accouchement du sommet qui ont suivi l'accouchement du siège.

M- Difficultés de l'étude :

La difficulté majeure rencontrée au cours de notre étude a été la mauvaise description des manœuvres obstétricales pratiquées car tous les accouchements n'ont pas été réalisés en notre présence.

N- Saisie et traitement des données :

Les données ont été saisies et traitées à l'aide des logiciels Epi Info (6.04dfr-2001) et Microsoft Excel.

V - Résultats :

Au cours de l'étude, nous avons enregistré 50 cas d'accouchements en présentation de siège remplissant nos critères d'inclusion sur 1865 cas d'accouchement réalisés au cours de la même période soit 2,68%.

1- Prévalence de l'accouchement du siège : 2,68%

2- Ages des parturientes :

- Age moyen : 27 ans , écart type :11,00
- Ages extrêmes : 17 / 35 ans
- Médiane d'âge : 26 ans

Tableau I: Répartition des parturientes selon l'âge

Age	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	10	20%	20	20%
20 - 34 ans	39	78%	78	78%
≥ 35 ans	1	2%	2	2%
Total	50	100%	100	100%

 $\text{Khi}^2 = 11,222$
 $P = 0,0000$

Age moyen = 27

Médiane = 26

Ages extrêmes = 17 / 35

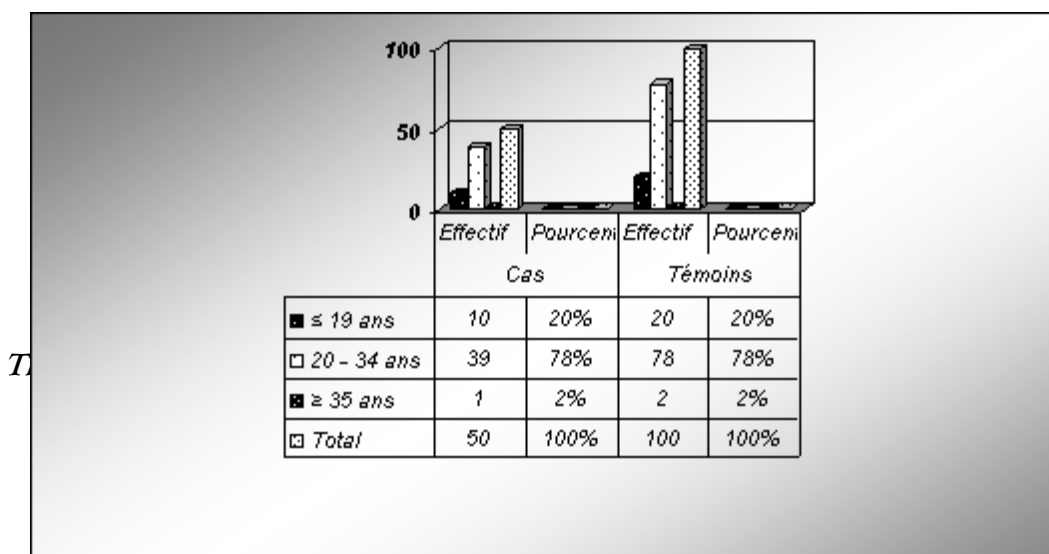


Tableau II: Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Aides ménagères	1	2%	2	2%
Sans profession	44	88%	88	88%
Elèves / Etudiantes	3	6%	6	6%
Commerçantes	2	4%	4	4%
Total	50	100%	100	100%

$\text{Khi}^2 =$
4,523

$P =$
0,00144

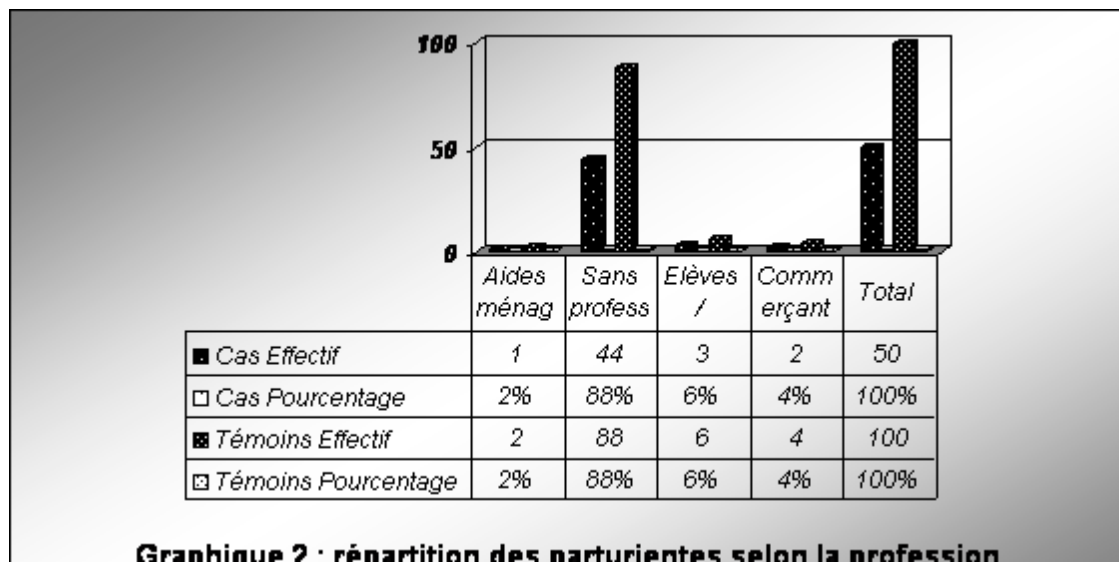


Tableau III: Répartition selon la parité et l'évolution du travail

Primipares	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voie basse	9	18%	25	25%
Césarienne	4	8%	1	1%
Total	13	26%	26	26%

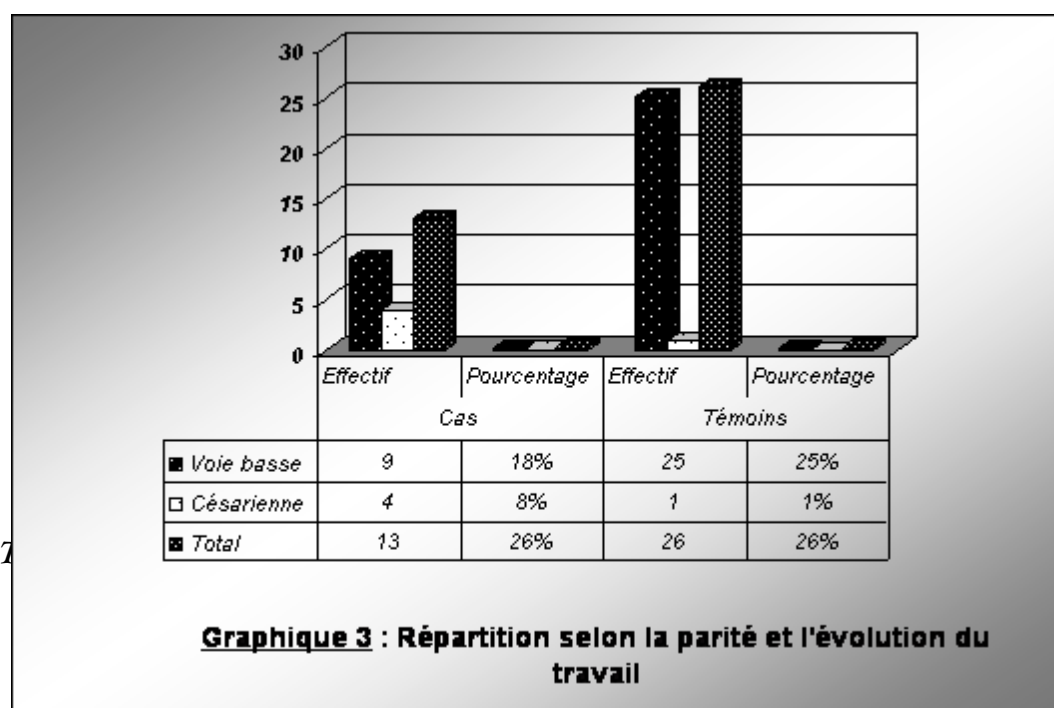
 $\text{Khi}^2 = 3,364$
 $P = 0,075$


Tableau IV: Répartition selon la parité et la voie d'accouchement

Paucipares	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voie basse	21	42%	44	44%
Césarienne	1	2%	0	0%
Total	22	44%	44	44%

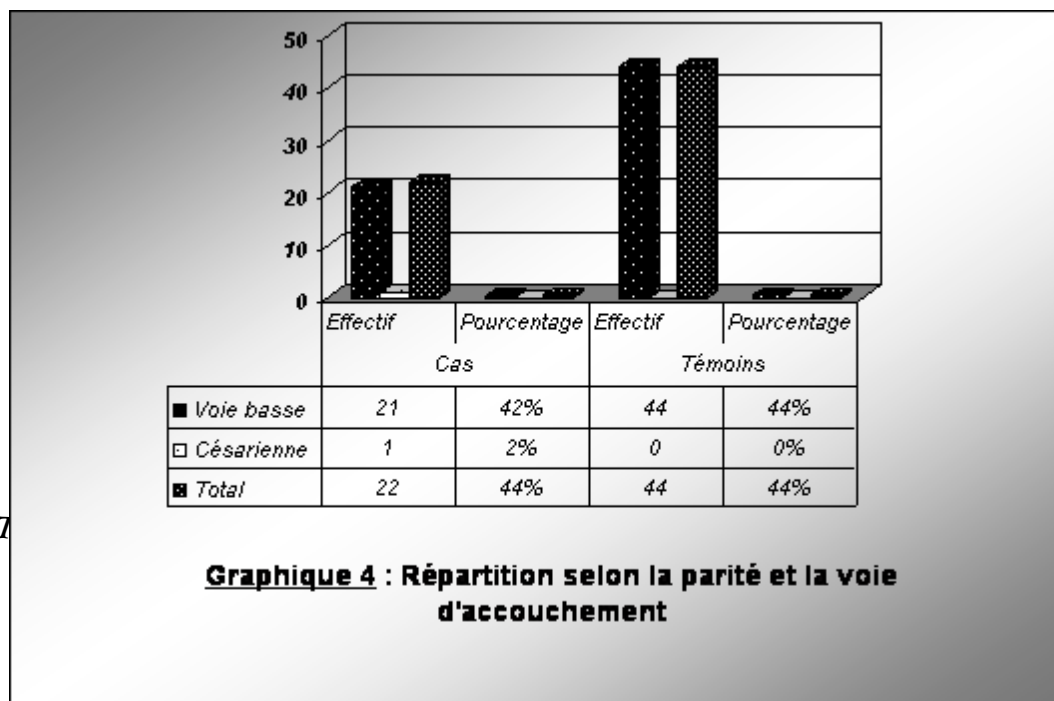
 $\text{Khi}^2 = 6,222$
 $P = 0,834$


Tableau V: Répartition selon la parité et la voie d'accouchement

Multipares	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voie basse	15	30%	29	29%
Césarienne	0	0%	1	1%
Total	15	30%	30	30%

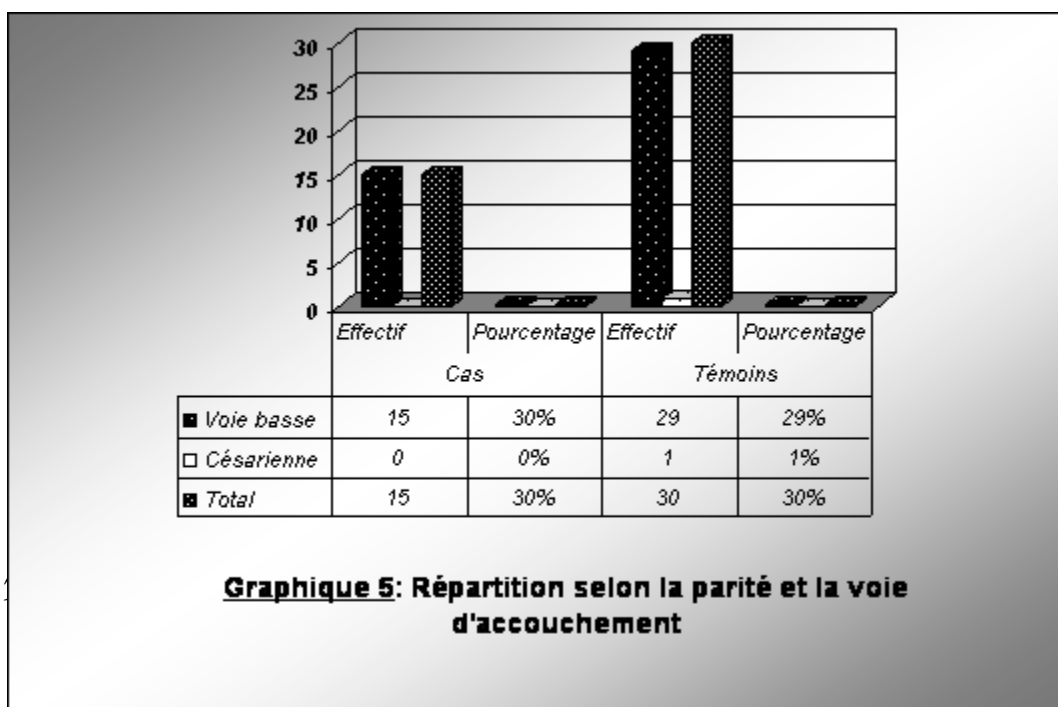
 $\text{Khi}^2 = 8,348$
 $P = 0,0628$


Tableau VI: Répartition selon l'évolution eutocique ou dystocique du travail d'accouchement

Evolution (Primipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Eutocique	5	10%	24	24%
Dystocique	8	16%	2	2%
Total	13	26%	26	26%

$\text{Khi}^2 = 11,000$

$P = 0,0000$

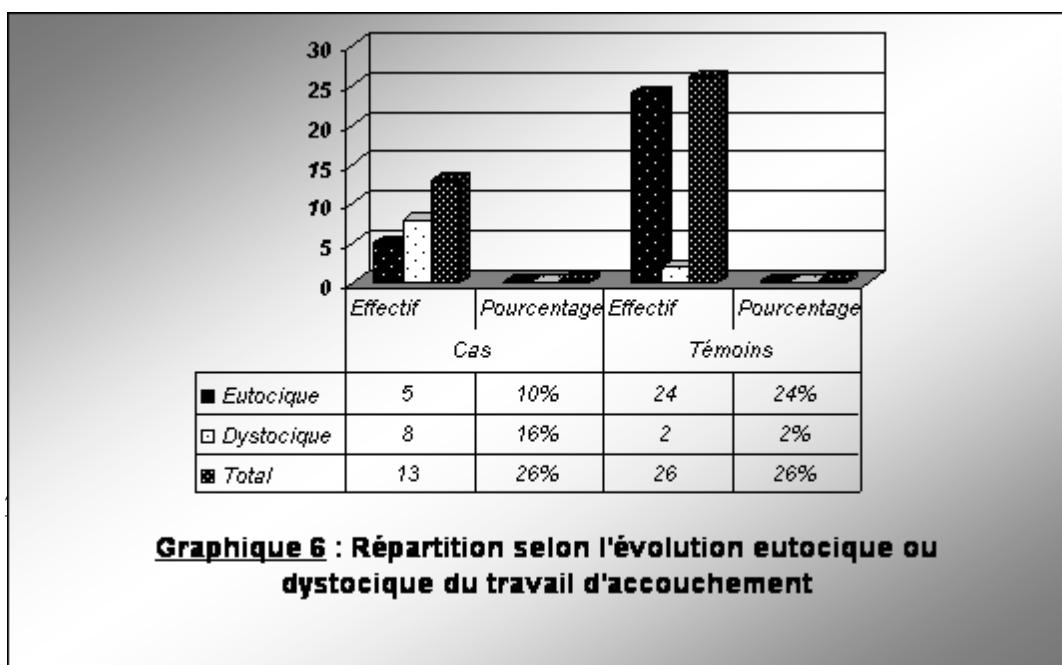


Tableau VII: Répartition selon l'évolution eutocique ou dystocique du travail d'accouchement

Evolution (Paucipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Eutocique	20	40%	43	43%
Dystocique	2	4%	1	1%
Total	22	44%	44	44%

$\text{Khi}^2 = 4,688$

$P = 0,0114$

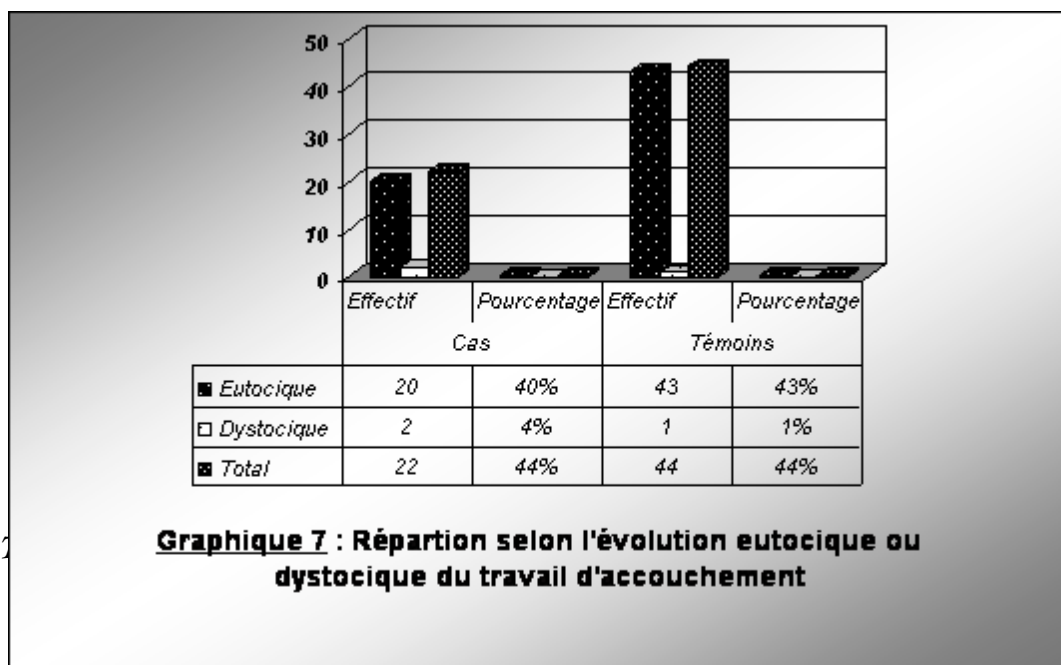


Tableau VIII: Répartition selon l'évolution eutocique ou dystocique du travail d'accouchement

Evolution (Multipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Eutocique	14	28%	29	29%
Dystocique	1	2%	1	1%
Total	15	30%	30	30%

$\text{Khi}^2 = 4,556$

$P = 0,1026$

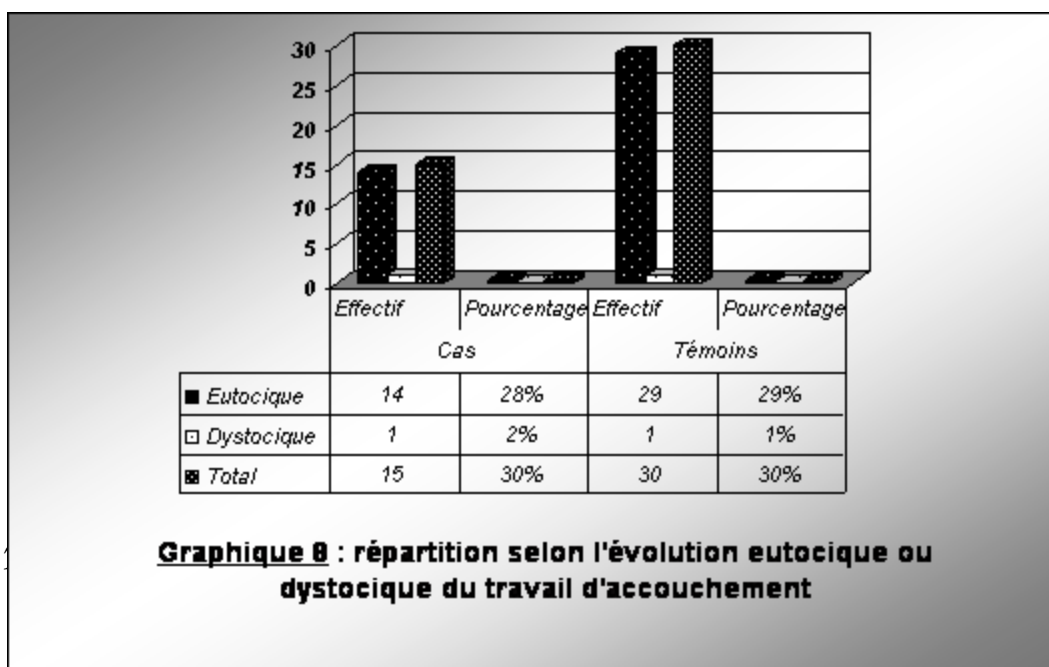


Tableau IX: Répartition selon la direction du travail d'accouchement

Direction (Primipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Dirigé	8	16%	2	2%
Non dirigé	5	10%	24	24%
Total	13	26%	26	26%

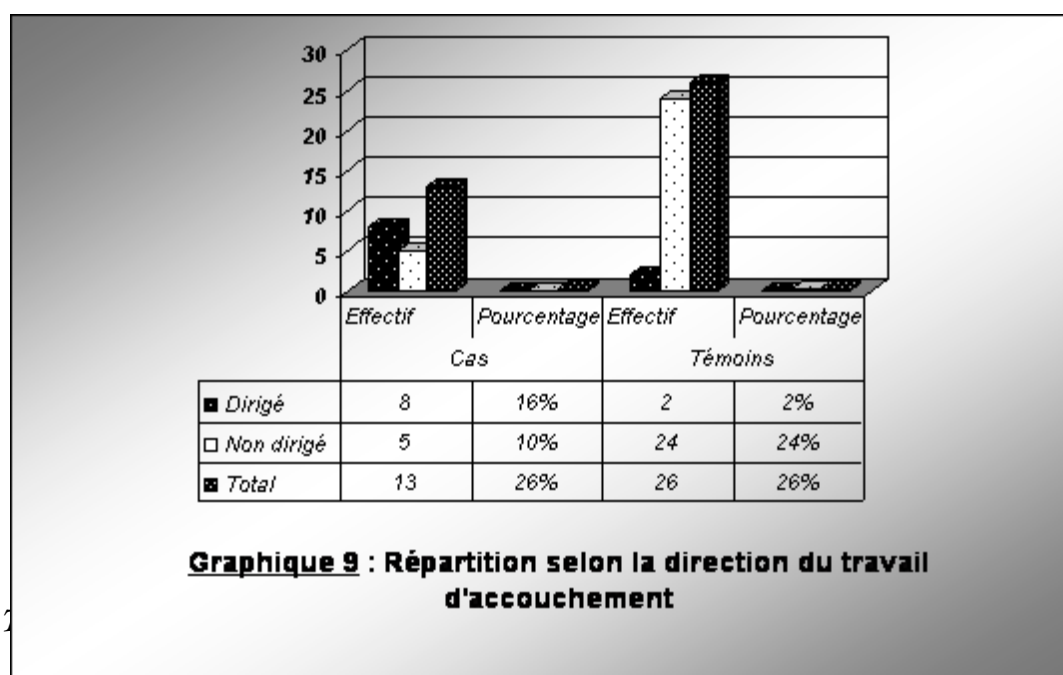
 $\text{Khi}^2 = 4,686$
 $P = 0,00118$


Tableau X: Répartition selon la direction du travail d'accouchement

Direction (Paucipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Dirigé	2	4%	1	1%
Non dirigé	20	40%	43	43%
Total	22	44%	44	44%

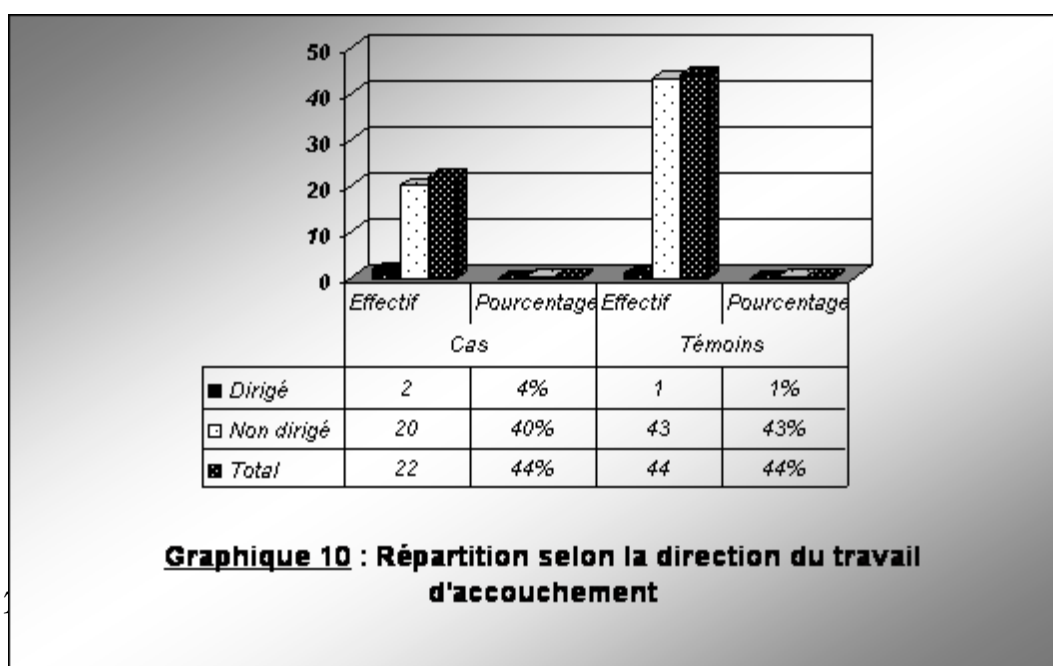
 $\text{Khi}^2 = 1,0000$
 $P = 0,3434$


Tableau XI: Répartition selon la direction du travail d'accouchement

Direction (Multipares)	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Dirigé	1	2%	1	1%
Non dirigé	14	28%	29	29%
Total	15	30%	30	30%

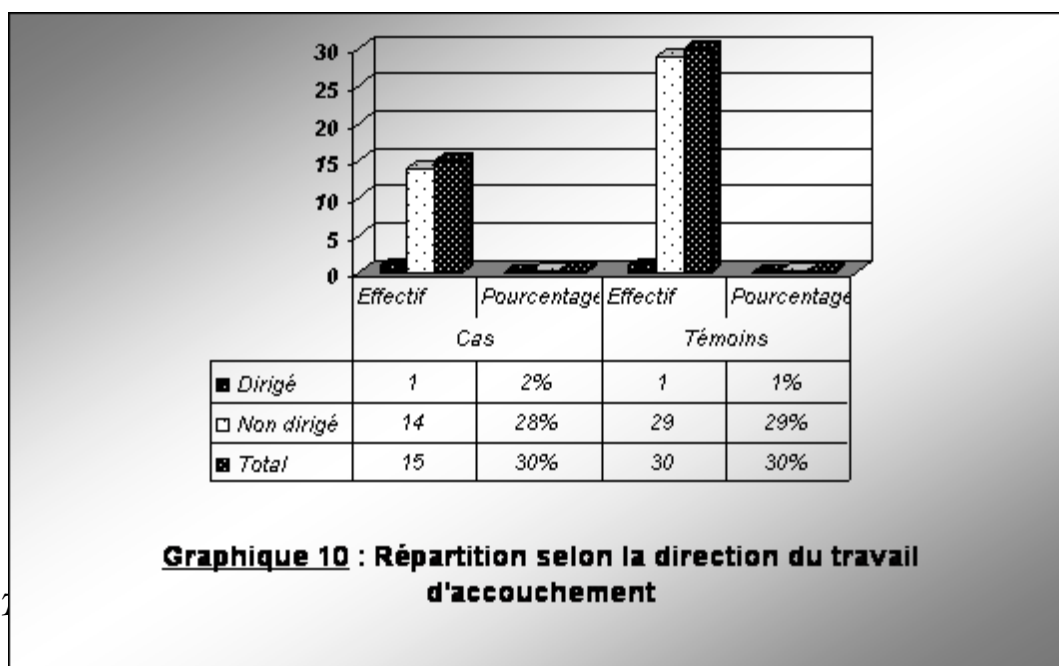
 $\text{Khi}^2 = 4,666$
 $P = 0,1026$


Tableau XII: Répartition selon la durée du travail d'accouchement**Primipares**

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Primipares				
< 8 h	2	4%	16	16%
8 h - 12 h	9	18%	9	9%
> 12 h	2	4%	1	1%
Total	13	26%	26	26%

$\text{Khi}^2 = 16,293$

$P = 0,0000$

Paucipares

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Paucipares				
< 8 h	10	20%	40	40%
8 h - 12 h	10	20%	4	4%
> 12 h	2	4%	0	0%
Total	22	44%	44	44%

$$\text{Khi}^2 = 12,923$$

$$P = 0,0061$$

Multipares

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 8 h	13	26%	27	27%
8 h - 12 h	2	4%	3	3%
> 12 h	0	0%	0	0%
Total	15	30%	30	30%

$$\text{Khi}^2 = 32,403$$

$$P = 0,4073$$

Tableau XIII: Répartition selon la durée de la phase expulsive

Primipares

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 45 min	11	22%	26	26%
> 45 min	2	4%	0	0%
Total	13	26%	26	26%

$$\text{Khi}^2 = 1,0000$$

$$P = 0,3434$$

Paucipares

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≤ 45 min	22	44%	44	44%
> 45 min	0	0%	0	0%
Total	22	44%	44	44%

$$\text{Khi}^2 = 32,503$$

$$P = 0,4036$$

Multipares

Durée	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Multipares				
≤ 45 min	15	30%	30	30%
> 45 min	0	0%	0	0%
Total	15	30%	30	30%

$$\text{Khi}^2 = 16,293$$

$$P = 0,6022$$

Tableau XIV: Répartition selon la pratique de l'épisiotomie**Primipares**

Episiotomie	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Primipares				
Réalisée	13	26%	25	25%
Non réalisée	0	0%	1	1%
Total	13	26%	26	26%

$$\text{Khi}^2 = 32,503$$

$$P = 0,000$$

Paucipares

Episiotomie	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Paucipares				
Réalisée	21	42%	1	1%
Non réalisée	1	2%	43	43%
Total	22	44%	44	44%

$$\text{Khi}^2 = 16,293$$

$$P = 0,0532$$

Multipares

Épisiotomie Multipares	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Réalisée	15	30%	0	0%
Non réalisée	0	0%	30	30%
Total	15	30%	30	30%

 $\text{Khi}^2 = 32,0500$
 $P = 0,0000$

**Tableau XV: Répartition selon les manœuvres obstétricales
ou attitude**

Primipares

Manœuvres obstétricales ou attitude	Cas	
	Effectif	Pourcentage
BRACHT	11	22%
MAURICEAU	1	2%
LOVSET	1	2%
VERMELIN	0	0%
Total	13	26%

 $\text{Khi}^2 = 16,293$
 $P = 0,000$
Paucipares

Manœuvres obstétricales ou attitude	Cas	
	Effectif	Pourcentage
BRACHT	18	36%
MAURICEAU	1	2%
LOVSET	1	2%
VERMELIN	2	4%
Total	22	44%

$\text{Khi}^2 = 8,567$

$P = 0,4115$

Multipares

Manœuvres obstétricales ou attitude	Cas	
	Effectif	Pourcentage
BRACHT	2	4%
MAURICEAU	0	0%
LOVSET	0	0%
VERMELIN	13	26%
Total	15	30%

Tableau XVI: Répartition selon les traumatismes fœtaux

Primipares

Traumatismes	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fracture clavicule	0	0%	0	0%
Elongation plexus	1	2%	0	0%
Traumatisme parties moles	3	6%	1	1%
Total	4	8%	1	1%

$\text{Khi}^2 =$
8,593

$P =$
0,0001

Paucipares

Traumatismes	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fracture clavicule	0	0%	0	0%
Elongation plexus	0	0%	0	0%
Traumatisme parties moles	2	4%	1	1%
Total	2	4%	1	1%

$\text{K}\chi^2 =$
8,472

$P =$
0,0002

Multipares

Traumatismes	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fracture clavicule	0	0%	0	0%
Elongation plexus	0	0%	0	0%
Traumatisme parties moles	0	0%	0	0%
Total	0	0%	0	0%

Tableau XVII: Répartition selon la qualification de l'accoucheur

Primipares

Accoucheur	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Primipares				
Médecins	13	26%	22	22%
Sages femmes	0	0	4	4%
Infirmières obstétriciennes	0	0%	0	0%
Total	13	26%	26	26%

$\text{K}\chi^2 = 11,000$

$P = 0,000$

Paucipares

Accoucheur	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Paucipares				
Médecins	21	42%	40	40%
Sages femmes	1	2%	4	4%
Infirmières obstétriciennes	0	0%	0	0%
Total	22	44%	44	44%

$\text{K}\chi^2 = 11,222$

$P = 0,0004$

*Thèse de Médecine ... 2009 / Accouchement du siège : pronostic foetal au CSRef.
de la Commune V du District de Bamako : Etude cas / témoins
Dabé Florent DIARRA*

Multipares

Accoucheur Multipares	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Médecins	15	30%	20	20%
Sages femmes	0	0%	10	10%
Infirmières obstétriciennes	0	0%	0	0%
Total	15	30%	30	30%

$\text{Khi}^2 = 12,943$

$P = 0,0000$

Tableau XVIII: Répartition selon le score d'Apgar et la parité

à 1 min

Apgar Parité	Apgar < 8				Apgar ≥ 8			
	Cas		Témoins		Cas		Témoins	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Primipares	10	20%	1	1%	3	6%	25	25%
Paucipares	7	14%	1	1%	14	28%	24	24%
Multipares	1	2%	0	0%	14	28%	30	30%
Total	18	36%	2	2%	31	56%	79	79%

$\text{Khi}^2 = 11,153$

$P = 0,0009$

à 5 min

Apgar Parité	Apgar < 8				Apgar ≥ 8			
	Cas		Témoins		Cas		Témoins	
	Effect	%	Effect	%	Effect	%	Effect	%
Primipares	8	16%	1	1%	5	10%	25	25%
Paucipares	2	4%	0	0%	19	38%	44	44%
Multipares	0	0%	0	0%	15	30%	30	30%

Total	10	20%	1	1%	39	78%	99	99%
--------------	-----------	------------	----------	-----------	-----------	------------	-----------	------------

$$\text{Khi}^2 = 8,573$$

$$P = 0,0001$$

Tableau XIX: Répartition selon le poids foetal

Poids	Cas		Témoins	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2500 - 3500	28	56%	48	48%
3501 - 3800	22	44%	52	52%
Total	50	100%	100	100%

$$\text{Khi}2 = 8,348$$

$$P = 0,0352$$

Poids moyen: 3400 g

Poids extrême: 2500g/3800g

VI – Commentaires et discussion :

A - Fréquence :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 1865 accouchements avec 50 accouchements de siège remplissant nos critères d'inclusion. La fréquence de ces accouchements a été de 2,68% dans notre service. Au Mali, DEMBELE A. [18], DIARRA S. trouvent respectivement 1,72% et 6,2% dans leurs études. En Afrique, GHASAN H. [30] trouve une prévalence de 1,52% en Côte d'Ivoire. Des études européennes faites par ERKAYA S. [26] en Turquie, ROSENAU L. [56] en France trouvent respectivement 2,4% et 3,2% d'accouchements de siège. La différence entre nos résultats et ceux des autres études, s'expliquerait par la méthodologie variable selon le contexte et les objectifs.

B - Données socio-démographiques :

1 - Age :

L'âge moyen des patientes a été de 27 ans avec les âges extrêmes à 17 et 35 ans. Nos résultats sont comparables à ceux des études antérieures réalisées au Mali par DIARRA S. [19], DICKO B. [11] trouvent respectivement une moyenne d'âge de 27 et 25 ans. Celles

effectuées en France par ROSENAU L. [56] trouvent une moyenne d'âge de 27 ans.

2 - Profession :

Notre population d'étude est composée de sans profession dans près de 88%. Ce fort taux expliquerait le faible taux de scolarisation des femmes. Ces résultats sont comparables à ceux de DEMBELE A. [18] et de DICKO B. [11] au Mali qui ont trouvé au cours d'études antérieures des taux respectifs de 89,7% et de 91,3% de ménagères.

3 - Parité :

Trois (3) groupes de parturientes selon la parité et l'âge ont été considérés dans notre étude. Ainsi, ils étaient dans près de 26% des cas des primipares, 44% des paucipares et 30% des multipares. DEMBELE A. [18] et DICKO B. [42] trouvent respectivement dans leurs séries 49% et 59% de paucipares. La différence entre nos résultats et ceux des études antérieures s'expliquerait par le contexte et la méthodologie utilisée.

C – Evolution du travail d'accouchement :

Pour un total de 13 primipares obéissant aux critères, le travail d'accouchement a donné lieu à un accouchement par voie basse pour les 9, soit 18% contre 4 par césariennes, soit 8% alors que chez les témoins, il a donné lieu à 1% d'accouchement par césariennes. La différence est statistiquement significative. Les paucipares au nombre de 22, ont vu leur travail d'accouchement évoluer de façon dystocique, donnant lieu à un accouchement par césarienne dans 2% des cas contre 0% chez les témoins sans différence statistiquement significative. Quant aux multipares au nombre total de 15, le travail d'accouchement a normalement évolué vers un accouchement par voie basse contre 1% chez les témoins. La différence statistique n'est pas significative. Le taux de césarienne pour siège, reste variable dans la littérature, ainsi au Mali, DIARRA S. [19] trouve 80,9% de césarienne pour une étude antérieure réalisée alors que GHASSAN H. [30] en Côte d'Ivoire et Farci IF. [6] au Nigeria, trouvent respectivement 10% et 32,8% de césarienne. La différence entre nos résultats et ceux de ces études, s'expliquerait par la méthodologie utilisée. En Europe, Feige A. [3] trouve en Allemagne 86,9% de césarienne. Aux Etats-Unis Schiff et Coll. [58], Laros JR. [41] et Dyson DC. [25] trouvent respectivement 61,4%, 82% et 90% de césarienne dans leurs études.

D – Marche du travail :

Nous avons noté 10% d'évolution dystocique du travail pour les primipares contre 2% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Dans la catégorie des paucipares, nous avons noté 4% d'évolution dystocique contre 1% chez les témoins sans différence statistiquement significative. La marche de travail a été similaire pour les cas que pour les témoins dans la série des multipares sans différence statistiquement significative. Nous avons dirigé dans 20% des cas le travail d'accouchement contre 4% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. L'accouchement du siège est donc potentiellement dystocique.

E – Durée du travail d'accouchement :

Nous avons noté 4% d'évolution du travail d'accouchement supérieur à 12 heures chez les cas contre 1% chez les témoins dans la série des primipares avec une différence statistique significative. Quant aux paucipares, nous avons noté également 4% d'évolution supérieure à 12 heures contre 0% chez les témoins avec une différence statistique significative. L'accouchement a évolué de façon similaire et n'a pas excédé 12 heures ni pour les cas ni pour les témoins chez les multipares. DICKO B. [42] au Mali et Dyson DC. [25] aux Etats Unies trouvent respectivement 10% et 4% de travail d'accouchement supérieur à 12 heures.

F – Durée de la phase expulsive et pratique de l'épisiotomie :

Nous avons noté au cours de cette étude 4% de durée d'expulsion supérieure à 45 minutes chez les cas contre 0% chez les témoins avec une différence statistique significative. Dans la littérature, Rachdi R. [54] et DEMBELE A. [18] trouvent dans leurs séries 4,8% et 12% de phase expulsive supérieure à 45 minutes.

L'épisiotomie a été réalisée dans 98% des cas contre 25% chez les témoins avec une différence statistiquement significative.

G – Manœuvres obstétricales ou attitude :

La manœuvre de BRACHT a été la plus utilisée avec 64% sur l'ensemble de toutes les manœuvres. Quant à celle de MAURICEAU, elle a été utilisée dans 2% des cas et celle de LOVSET dans 2% des

cas. L'accouchement du siège prête à beaucoup de manœuvres obstétricales.

H – Pronostic fœtal de l'accouchement siège :

Nous avons noté 10% de traumatisme des parties moles chez les cas contre 2% chez les témoins avec une différence statistique significative. 2% d'élongation du plexus brachial chez les cas contre 0% chez les témoins. Rachdi R. [54] trouve dans son étude 4,8% de mort périnatale pour présentation de siège.

Le score d'Apgar à 1 minute pour les cas, était inférieur à 8 dans 36% contre 2% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Dans la littérature, DEMBELE A. [18] et DIARRA S. [19] trouvent dans leurs séries 44% et 12% de réanimation néo-natale avec Apgar inférieur à 8 à la 1^{ère} minute. Notre score d'Apgar s'est nettement amélioré. A 5 minutes, nous avons 20% pour les cas contre 1% pour les témoins qui avaient encore un Apgar inférieur à 8 avec une différence statistiquement significative.

Le poids moyen des nouveaux nés était de 3400 g avec des poids extrêmes allant de 2500 g à 3800 g.

VII - Conclusion :

Nous avons trouvé au terme de cette étude, une fréquence de 2,68% d'accouchement de siège sur un total d'accouchement de 1865 pendant la période d'étude. Au regard de ces résultats, nous dirons que l'accouchement du siège potentiellement dystocique, a une évolution très lente surtout chez les primipares et presque similaire pour les paucipares et les multipares. La pratique de l'épisiotomie a été systématique dans tous les cas d'accouchements de siège. Dans 8% des cas, l'évolution de ce travail a excédé 12 heures contre 1% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Les manœuvres obstétricales toutes confondues dans 68% des cas contre 2% d'extractions instrumentales pour accouchement céphalique avec une différence statistiquement significative. Le pronostic foetal a été meilleur pour les accouchements céphaliques que pour les accouchements du siège car 10% de complications foetales toutes confondues, ont été notées. Le score d'Apgar inférieur dans près de 36% des cas contre 2% chez les témoins avec une différence statistiquement significative.

Faudrait-il une césarienne systématique pour présentation de siège chez la primipare ?

VIII - Recommandations :

Au terme de notre étude, dans le souci d'améliorer le pronostic obstétrical nous formulons les recommandations suivantes :

Aux prestataires :

- Sensibiliser les communautés sur les complications de l'accouchement en présentation du siège et montrer l'importance de sa prise en charge par un personnel formé au niveau d'un centre obstétrico-chirurgical.
- Se soumettre à la formation continue .

- Reconnaître le caractère potentiellement dystocique de l'accouchement du siège.
- Dépister ou reconnaître la présentation du siège à l'examen du 9^e mois.
- Référer toutes les grossesses avec fœtus en présentation de siège au centre de santé de référence.
- Respecter les membranes le plus longtemps possible pendant le travail d'accouchement de siège.

Aux populations :

- Fréquenter les consultations prénatales.
- Accoucher toujours dans les maternités pour faciliter la prise en charge des cas de complication.
- Réaliser les examens complémentaires au cours des CPN (surtout l'échographie du 3^e trimestre).

Aux autorités :

- Epuiser les programmes d'enseignement dans les écoles de formation de sages femmes en vue de leur donner une formation complète.
- Former et recruter des spécialistes.
- Promouvoir la formation continue.
- Rapprocher les salles d'accouchement des blocs opératoires pour la prise en charge rapide des urgences obstétricales.
- Equiper la salle d'accouchement d'un appareil d'échographie, d'un cardiotocographe et de matériels de réanimation néonatale.

IX - Références :

[1] - Abroms J. F., Bresman M. J., Zukerman J. E., Flischer EG., Strand R. Cervical cord injuries decondary to hyperetension of the head in breech presentation *Obstét Gynecol* 1973; 41: 369-378.

[2] - Albertsson, Wikland K., Niklasson A., Karlberg P. Birth data for partients who later develop growth hormone deficiency. Preliminary analysis of a national register. *Act paediatr scand Suppl* 1990; 370 (suppl): 115-120.

[3] - Barbarino, Monnier P., Boutroy J. L. La présentation du siège. *Obstétrique Elipses ou Edicefs* ; Paris 1995.

[4] - Barrat J., Bossart H., Lewin D., Renaud R. Traité d'obstétrique : grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1979 ;78 :530-41.

[5] - Barrier J. La présentation du siège. *Rev Prat* 1975 ; 25 : 179-88.

[6] - Berger CH. Etude et réflexions sur la version par manœuvres externes. *J. Gynécol Obsét Biol Réprod* 1991 ; 20 : 1123-30.

[7] - Bessaguet D. Etude de l'état des nouveau-nés après l'accouchement en présentation de siège [Thèse Médecine] Bordeaux II. 1981 ; 324.

[8] - Bilodeau R., Marier R. Breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130: 555-557.

[9] - Bottoms SF., Rosen MG., Sokol RJ. The increase in the birth rate. *N Engl J Med* 1980; 302: 559-565.

[10] - Bradley Watson PJ. The decreasing value of external cephalic version in modern obstetric practice. *Am. J. Obstet Genecol* 1975; 123: 237-40.

[11] - DICKO B. Accouchement du siège: pronostic foetal à la maternité du CSREF de la Commune V. Bamako Thèse de Médecine Bamako; 2001-95 M 67.

[12] - **Brenner WE., Brule RD., Heindricks CH.** The characteristics and perils of breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1974; 118: 700-713.

[13] - **Chapert P., Cool H., Mattei B., Callec M.** Doit-on encore faire des versions par manoeuvres externes dans la présentation du siège? Rev Fr Gynecol Obstet 1978 ; 73 : 633-40.

[14] - **Confino E., Gleicher N., Elrad H., Ismajovich B., David MP.** The breech dilemma. A review Obstet Gynecol surv 1985; 40: 330-337.

[15] - **Creze J.** Le pronostic foetal de la procidence du cordon dans la présentation du siège Gynécol Obstét 1956 ; 55 : 333-5.

[16] - **Danon D., Geraudel A., Collin D., Lazar P., Berland HA., Dreyfys J.** Comparaison statistique de la mortalité et la morbidité foetales devant deux attitudes thérapeutiques lors d'une présentation de siège. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1991 ; 133 : 900-6.

[17] - **Dellenbach P., Nisand I., Jacquemin D.** Présentation du siège. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Vigot. Paris. 1979.

[18] - **Dembélé A.** Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège dans les maternités du District de Bamako. Thèse Médecine Bamako, FMPOS 1998 M-502.

[19] - **Diarra S.** L'accouchement du siège chez les primipares à la maternité du CSREF de la commune V. Thèse de Médecine. Bamako : 2006 : M-359.

[20] - **Dicko B.** Pronostic de l'accouchement en présentation de siège. Thèse Médecine Bamako. 2001-M. N° 358

[21] - **Doux Gimet C.** Accouchement en présentation du siège à la maternité A et C de Bordeaux. [Thèse Médecine]. Bordeaux. 1979 ; n° 45.

[22] - **Dubois J.** Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. J., Gynécol Obstét Biol Réprod 1981 ; 10 : 479-92.

[23] - **Dubois J., Fraisse E.** Le siège aujourd'hui. Con Méd 1982 ; 104 : 7219-26.

[24] - **Dubois J., Grall JY.** Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. Revue Française de Gynécologie et Obstétrique 1990 ; 855 : 336 – 341.

[25] - **Dyson DC., Ferguson JE., Hensleigh P.** Antepartum external cephalic version performed at term. Obstet Gynecol 1985; 65: 642-6.

[26] - **Erkaya S., Tuncer RA., Kutlar I., Onat N., Ercakmak S.** Outcome of 1040 consecutive breech deliveries clinical experience of maternity hospital in Turkey. International Journal of Gynaecology and Obstetric 59 (2): 115-8, 1997 Nov.

[27] - **Farsi IF.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation de siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique Noire. Etude prospective dans le service de gynécologie et Obstétrique du CHU de Dakar ; Thèse Médecine Dakar 1993. N° 72

[28] - **Fianus S.** Fetal mortality and morbidity following breech delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 1976; [suppl 56]: 1-86.

[29] - **FIGO** Recommendations of the Figo committee on Perinatal Health on guidelines for the management of breech delivery. Int J Gynecol Obstet, 1994; 44 (3): 297-30.

[30] - **Ghassan H.** Contribution à la détermination de l'incidence des facteurs de risque dans l'accouchement en présentation de siège issue des grossesses unifœtales. Thèse Médecine 1980, Faculté de Médecine. Côte d'Ivoire. N° 0475.

[31] - **Gifford DS., Morton SC., Fiske M., Kahn KI.** Reviews a meta-analysis of outcomes after breech delivery. Obstet Gynecol 1995; 85 (6): 1047-1054.

[32] - **Giliberti SG.** Etude de l'évolution spontanée du travail dans une série appariée de 207 sièges et de 207 sommets. [Thèse Médecine]. Montpellier 1979.

[33] - **Golberg JD., Cohen WR.,** Cesarean section indications and the risk of respiratory distress syndrome. Obstet Gynecol 1981; 57: 30-33.

[34] - **Gracs G.** Perrinatal factors in the aetiology of hypopituitarism. Helv paediatr Acta 1987; 42; 137-144.

[35] - Grall JY., Dubois J., Moquet PY., Puolain P., Blanchot J., Laurent MC. Présentation de siège. Edition Technique – Encycl. Méd Chir (Paris France) Obstétrique ; 5-049-L40.1994 : 14.

[36] - Granjon A., Henrion R. La présentation du siège. Encryl Méd Chir (Paris-France). Obstétrique ; 5026 A20 1967 : 10.

[37] - Grenet J. Etude statistique à propos de 409 accouchements en présentation du siège. [Thèse Médecine]. Strasbourg. 1978; n° 68.

[38] - Hofmeyr GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and caesarean section: a controlled study. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90: 392-9.

[39] - Kubli F., Ruttgers H. Malprésentation in: Les grossesses à haut risque Masson Paris 1980.

[40] - Langer B., Boudier E., Bassi C., Schlaeder G. Conduite à tenir devant une présentation du siège. In : Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Paris Vigot, 1996 : 163-203.

[41] - Laros JR., Flanagan TA., Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selective trial of labor. Am J of Obstet and Gynecology. 172 (6): 1916-23; discussion 1923-5 1995 Jun.

[42] - Lebrun F., Amiel-Tison C., Surau C. Sécurité de la naissance à terme et taux de césarienne. Arch Fr Pediatr 1985 ; 42 : 391-6.

[43] - Lewis BV., Seneviratne HR. Vaginal breech delivery or cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 134 : 615-19.

[44] - Lewis E., Mel H. Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Journal of the American Medical Association Arch FAM Med 1994; 3: 881-887.

[45] - Lips U., Fracke C., Prader A. Testicular volume and function in adolescence after breech delivery. Helv Pediatr Acta 1979; 34:437-442.

[46] - Magnin P., Nicollet B., Magnin G. La mortalité maternelle. Encycl Méd Chir (Paris-France) Obstétrique 5082. D10 1981 ; 8P.

[47] - **Magnin G.** Les versions obstétricales. Encycl Méd Chir (Paris, France) Obstétrique 5098 A10. 1984 ; 6P.

[48] - **Mahon R.** La déflexion primitive de la tête dans la présentation du siège. Rev Fr Gynecol Obstet 1953 ; 48 ; 70-79.

[49] - **Melchior J., Bernard N., Raoust I.** Evolution des indications de la césarienne. Mise à jour en Gynécologie Obstétrique. Vigot. Paris. 1988 ; pp 319-37.

[50] - **Mendez Bauer C.** Management of breech presentation during pregnancy and labor. 5^e Eur Congr Perinat Med 1976.

[51] - **Merger R.** Précis d'obstétrique. Présentation de siège Paris Cedex 06. 2001. 6^e Edition (185-195).

[52] - **Moldin P., Hokergard KH., Nielsen TF.** Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. Act obstet Gynecol Scand 1984; 63: 7-11.

[53] - **O'Leary JA.** Vaginal delivery of the term breech. Obstet Gynecol 1979; 53: 341-344.

[54] - **Rachdi R., Fekih MA., Mouelhi C., Mesaoud LB.** Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543 observations Rev Fr Gynecol Obstet 1998 N°4 : 249-252.

[55] - **Rallis ZA.** Birth trauma to muscles in babies born by breech. Arch Child 1975; N°50: 4-13.

[56] - **Rosenau L., Grossieux P., Denis A., Lahlou N., Fournis H., Lebouvier B. et Al.** Facteurs pronostics de l'accouchement en présentation de siège à propos de 357 grossesses monofoetales à termes. Rerv Fr Gynecol et Obstet 1990 ; 85 : 271 – 281.

[57] - **Saling E., Muller Holve W.** External cephalic version under tocolysis. J Perinatal Med 1975; 3: 115-22.

[58] - **Schiff E., Friedman SA., Mashiach S., Hart O., Barkai G., Sibai BM.** Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: seven year experience at a single center. Am J of Obstet and Gynecol DA: 1996; vol 175; n°; PP 18-23.

- [59] - **Sherer DM., Menashe M., Paltiz, Aviad I., Ron M.** Radiological evidence of a nuchal arm in the breech-presenting fetus at the onset of labor an indication for abdominal delivery. Am J Perinat 1989; 353-355.
- [60] - **Tatum RK., ORR. JW., Soong SJ., Huddleston JF.** Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams. A retrospective analysis of seven years experience. Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 145-155.
- [61] - **Teteris NJ., Botschner AW., Ullery JC., Essig GF.** Fetal heart rate during breech delivery. Am J Obstet Gynecol 1970; 107: 762-766.
- [62] - **Thomson AJ., Searle M., Russel G.** Quality of survival after severe birth asphyxia. Arch Dis Child 1977; 52: 620-26.
- [63] - **Thoulon JM.** Les operations césariennes. Encryl Méd Chir (Paris-Frances) Obstétrique 5012 A10. 1979 ; 16P.
- [64] - **Toulouse R.** Deux cas de déflexion de la tête au cours de la présentation de siège Obstétrical 1947 ; 46 : 347-349.
- [65] - **Westgren M., Grusell H., Ingemarssoni, Muhlow A., svenningsen NG.** Hypertension of the fetal head in breech presentation. Br J Obstet Gynecol 1981; 88: 101-104.

X - Annexes :

Fiche signalétique :**Nom** : DIARRA**Prénoms** : Dabé Florent**Date et lieu de naissance** : 27 Octobre 1980 à Diora**Nationalité** : Malienne**Titre** : Accouchement du siège : pronostic foetal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako : étude cas / témoins.**E-mail** : diarraflorent@yahoo.fr**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.**Secteur d'intérêt** : Gynécologie Obstétrique**Résumé :**

Notre étude s'est déroulée au CSRef. de la Commune V de Bamako. Il s'agissait d'une étude cas / témoins qui a porté sur 50 cas pour 100 témoins. La fréquence de cet accouchement du siège a été de 2,68% sur un total de 1865 accouchements. L'âge moyen de notre population d'étude était de 27 ans avec des âges extrêmes de 17 à 35 ans.

L'accouchement du siège à même parité et même âge est plus long que l'accouchement céphalique chez les primipares avec une différence statistiquement significative. Nous avons effectué 98% d'épisiotomie pour les cas contre 25% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. Les manœuvres obstétricales ont été effectuées dans près de 68% des cas contre 2% d'extraction instrumentale pour les témoins avec une différence statistiquement significative. Le pronostic foetal est meilleur pour les accouchements céphaliques que pour les accouchements du siège lorsque l'on sait que le score d'Apgar était inférieur à 8 à la première minute dans 36% des cas contre 2% chez les témoins. La différence statistique est très significative.

Faudrait-il privilégier au regard de ces résultats la césarienne systématique pour présentation de siège chez la primipare?

Mots clés : accouchement, siège et pronostic.

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 religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès 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.