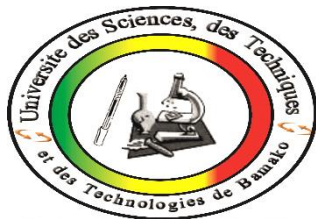


° MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2019– 2020

Thèse N° _____

THESE

***PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL DE
L'ACCOUCHEMENT
DU SIEGE CHEZ LA PRIMIPARE : ETUDE
CAS/TEMOIN DE 101 CAS AU CSREF COMMUNE
V***

Présentée et soutenue publiquement le 26/11./2021 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto- Stomatologie par ;
Mr TIMBO BABA DIT MAMADOU

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr ABDOUL AZIZ DIAKITE

Membre : Dr SEYDOU FANE

DR BELKO MAIGA

Co-directeur : Dr HAMADY SISSOKO

Directeur : Pr YOUSOUF TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail...

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la prospérité puisse te recouvrir.

Profond respect

A mon père : Ousmane Timbo

Certes, je n'ai pas grandi à tes côté cependant je reste convaincu que de mon baptême à cette thèse, tes prières m'ont toujours accompagnés, que Dieu t'accorde une longue vie. Amen !

A ma mère: Aïssata Nadio

Tu as su créer autour de nous par ton amour un monde de douceur et de tendresse. Tes sacrifices et tes prières quotidiennes n'ont pas été vains. Qu'Allah t'accorde une longue vie et une santé d'acier afin que nous puissions te rendre tous ces bien- faits.

A mon cher oncle : Souleymane Timbo

Papa... Tu t'es sacrifié pour nous donner une éducation exemplaire et nous préserver des vicissitudes de la vie. Accepte ce travail comme le fruit de tes efforts et comme présent en témoignage de notre indéfectible affection.

A mes tantes : Kadidiatou Timbo, Fatoumata, Oumaïssa Traoré, Fatoumata Nadio, Fatoumata Timbo etc...

Vous avez été plus qu'une mère pour moi. Braves femmes, femmes dévouées, courageuses, croyantes et généreuses. Vous m'avez toujours rassuré, et réconforté. Je vous aime beaucoup ; que Dieu vous donne une longue vie pleine de santé et de bonheur Amen !

A ma grande mère : Mariam Traoré

Durant toutes ces années, tu m'as soutenu à travers tes prières, bénédictions et encouragements. Tout le plaisir est pour moi de te présenter ce travail le fruit de tant d'efforts et sacrifices. Que le Seigneur t'accorde santé, longévité afin que nous profitons encore de ta chaleur et de ton amour.

A mes frères et sœurs :

Pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union. Amen !

REMERCIEMENTS

A mon oncle :

Ousmane Timbo et sa femme Aminata Maiga

L'honneur de ce travail vous revient, vous avez été pour nous tous un secours et une hospitalité. Votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Soyez ici en remercié.

A mon grand-père Samba Karim Timbo :

Les mots me manquent en ce jour pour vous exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance. J'espère que ce travail vous apportera joie, bonheur et satisfaction. Que Dieu vous accorde santé, longévité et grâces .Ce travail est le vôtre.

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

A mes tontons et familles : Sory Timbo, Yacouba Timbo, Moussa Timbo, Mamadou Timbo, Madou dit Djoura Timbo

Votre soutien et votre aide m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail. Mille fois merci pour tout.

A la famille Timbo à Koutiala : Ibrahim Timbo et son épouse Hawa Traoré

Vous m'avez accueilli chez vous comme un fils. Accepter ce travail comme le témoignage de notre indéfectible reconnaissance. Puisse le Seigneur vous accorder santé et bénédictions

A la famille Timbo, Coulibaly, Traoré etc. à Bamako : Vos conseils, vos encouragements vos prières et votre aide m'ont été très précieux pour la réalisation de cette thèse. Ce travail est également le vôtre et recevez ma profonde gratitude.

A la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patients

A mes maitres :Dr Soumana Oumar Traore,Dr Moussokoro Oumar Traore,Dr Kouyaté Fa Issouf, Dr Saoudatou Tall ,Dr Niagalé Sylla, Dr Hamidou Dicko,Dr Hamady Sissoko,Dr Nouhoum Diakite,Dr Saleck Doumbia, Dr Mariam Dolo ,Dr Karounga Camara, Dr Mamadou Traore ,Dr Sidi Bouaré ,Dr Belco Tamboura ,Dr Tidiane Diarra ,Dr Sougalo Dembélé ,Dr Adama Traoré,Dr Alou Sidibé ,Dr Luc Oumar Tembely,Dr Maiga Issa,Dr Younoussa Camara,Dr Diawara Moussa,Dr Keita Maxim

Aux sages-femmes, Infirmières Obstétriciennes, Matrones et techniciens de surface du service de gynéco- obstétrique du CSREF CV

Au personnel du bloc opératoire et aux anesthésistes.

A mes collègues internes du CSREF CV :

Adama Sissoko et équipe

Balla Moussa Samaké et équipe

Bakary Dembélé et équipe

Drissa Dramé et équipe

A mon équipe de garde : Dr Traoré Alpha, Dr Fofana Alassane , Dr Mallé Modibo , Dr Tangara Tièna , Ali Guindo , Moussa Telly, Koné Thiéry Ampi, Jean Pierre Keita, Dembélé Zoumana,

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez en remerciés.

A mes amies : Siriman Sacko , Adama Sinayogo Ousmane Timbo , Ousmane Soumaré, Lamine Timbo, Dramane Kampo, Moussa Timbo, Moussa Nibarra Timbo, Doua Kanté

Accepter ce travail en témoignage de mon amitié indéfectible.

A mon équipe d'exposé : Salim Sissoko, Kalilou Doucouré, Tièna Tangara, Adama Sissoko, Mahamadou Doumbia

Pour votre amitié sincère et franche, pour cette marque d'attention manifeste à mon égard en toutes circonstances. Puisse le Seigneur préserver cette amitié A tous ceux que je n'ai pas pu citer, ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- **Professeur agrégé de pédiatrie**
- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;**
- **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales**

Cher maître,

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

Nous avons été impressionnés par votre spontanéité, votre simplicité et votre rigueur pour le travail bien fait.

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines font de vous un maître exemplaire et admirer de tous.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Seydou FANE

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître assistant à la FMOS**

Cher maître,

Nous vous remercions de la spontanéité et la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur DR BELKO MAIGA

- **Pédiatre**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître assistant à la FMOS**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir de vous compter parmi les membres du jury, malgré vos multiples et importantes occupations. Vos qualités humaines, votre disponibilité et votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup marqué. Nous vous prions de bien vouloir recevoir nos humbles remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

DOCTEUR HAMADY SISSOKO

- **Gynécologue-Obstétricien,**
- **Praticien hospitalier au centre de santé de référence (CSREF) de la commune III,**
- **Chef du service Gynécologie obstétrique au centre de santé de référence (CSREF) de la commune III.**

Cher maître,

Transmettre sa connaissance aux autres est un acte de foi.

En vous, nous avons trouvé l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire.

Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO),**
- **Vice-président de la société Africaine de gynécologie Obstétrique (SAGO),**
- **Modérateur national et expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire « Méthode de recherche clinique et épidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la SOCHIMA**

➤ **Enseignant chercheur,**

Cher maître,

C'est un plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos occupations multiples.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos qualités humaines. Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Page
I-INTRODUCTION	11
OBJECTIFS	14
II-GENERALITES	17
III- METHODOLOGIE	46
IV- RESULTATS	53
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	65
CONCLUSION	74
RECOMMANDATIONS	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78
ANNEXES	84

ABREVIATIONS

BCF: Bruit du cœur fœtal

BGR : bassin généralement rétréci

Cm: centimètres

CPN : Consultation prénatale

DCD : Décès

G1 : Groupe 1

G2 : Groupe 2

g : gramme

IC : Intervalle de confiance

IV : Intraveineuse

IMCM : institut malien de conseils en management

n : Nombre d'échantillon

LC : liquide amniotique clair

OR : Odd ratio

P : Probabilité (significativité d'un test statistique)

RPM : Rupture prématurée des membranes

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et Conseil.

PTME : Prévention de la Transmission Mère/Enfant

SA : semaine d'aménorrhée

SFA : souffrance fœtale aigue

SIDA : sacro iliaque droite antérieure

SIDP : sacro iliaque droite postérieure

SIGA : sacro iliaque gauche antérieure

SIGP : sacro iliaque gauche postérieure

TV : Toucher Vaginal.

< : Inférieur à

≤ : inférieur ou égal

> : Supérieur

≥ : supérieur ou égal

% : pourcentage

VME : version par manœuvre externe

Mm : millimètre

CHU : centre hospitalier universitaire

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt en partie à cause de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale associée [1]. Demelin disait qu'il s'agissait d'un accouchement eutocique au seuil de la dystocie [1]. Il faudrait aujourd'hui inverser les termes, car désormais seuls peuvent être considérés comme eutociques les accouchements qui assurent la naissance d'enfants vivants, viables, indemnes de tout traumatisme susceptible d'entraîner un quelconque handicap [1].

L'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie entre 3 à 4,2% [2]. En Afrique, elle varie de 1,52 à 5,4% [3]. Au Mali elle varie de 1,2 à 2,74% des accouchements [3 ; 4].

Si aucun accouchement ne se présente sans risque, l'accouchement du siège est particulièrement exposé à des risques comme la souffrance fœtale avec ses séquelles à court ou long terme et la mort néonatale [5].

L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui suscite plusieurs débats et discussions entre les obstétriciens, particulièrement chez la primipare. Il nécessite en effet une maîtrise de la technique obstétricale et un recours quasi systématique des manœuvres, ce qui exprime bien son caractère potentiellement dystocique [6].

Les deux questions majeures gravitent autour de la place de la version par manœuvres externes (VME) dans la prévention de cet accouchement, et du mode de naissance par voie basse ou par césarienne. Autant de questions auxquelles il n'est pas facile de donner de réponse [7].

L'accouchement du siège est de plus en plus considérée comme dystocique ainsi aux Etats-Unis la césarienne est systématiquement préconisée dans l'accouchement du siège [8]. Du point de vue du pronostic, ils ne font pas de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare. En effet, dans la présentation du siège, les différents segments sont accouchés en

sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus n'est plus favorable créant ainsi une dystocie ayant pour conséquence l'élévation de la fréquence de la morbidité et de la mortalité périnatales. Classiquement la primiparité est grevée d'un pronostic défavorable et considérée comme un facteur de risque en cas de présentation de siège.

Cette étude a été initiée avec une méthodologie différente des études précédentes faites pour apprécier le pronostic fœtal, néonatal et maternel des accouchements en présentation de siège au CSRéf CV du District de Bamako (Mali).

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général : Etudier le pronostic materno-fœtal de l'accouchement en présentation du siège au centre de santé de la commune v

Objectifs spécifiques :

1-Determiner la fréquence des accouchements en présentation du siège chez les patientes.

2-Decrire le profil des parturientes.

3-Determiner les modalités d'accouchement dans la présentation du siège.

3-Preciser les facteurs influençants le pronostic fœtal de l'accouchement du siège par la voie basse.

4-determiner les complications materno-foetales dans l'accouchement du siège.



II- GENERALITES

2-1- DEFINITION

La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique occupe le fond utérin [6]. Elle représente la position intra-utérine naturelle du mobile fœtal pendant la grossesse [2]. Durant le troisième trimestre, la présentation du siège se transforme en présentation céphalique par un mouvement de rotation [2]. Des facteurs maternels, fœtaux et annexiels peuvent empêcher ce mouvement.

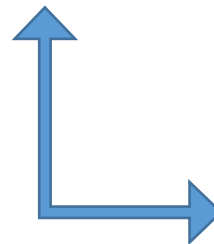
2-2-DIFFERENTS TYPES DE PRESENTATION DE SIEGE : On distingue principalement deux formes anatomiques de présentation du siège :

- **Le siège complet** (moins de 1/3 des cas) : les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles-mêmes modérément fléchies sur le bassin. Le fœtus semble assis « en tailleur » et les membres inférieurs repliés augmentent les dimensions de la présentation ;

Il est considéré comme dystocique et constitue une indication de césarienne aux Etats-Unis [7].



Haut



Gauche

Figure 1 : présentation de siège complet avant travail en SIGT [18]

- **Le siège décomplété** : ou mode des fesses est le plus fréquent (2/3 des cas environ) : les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin, ce qui amène les pieds à hauteur de la tête fœtale [9].

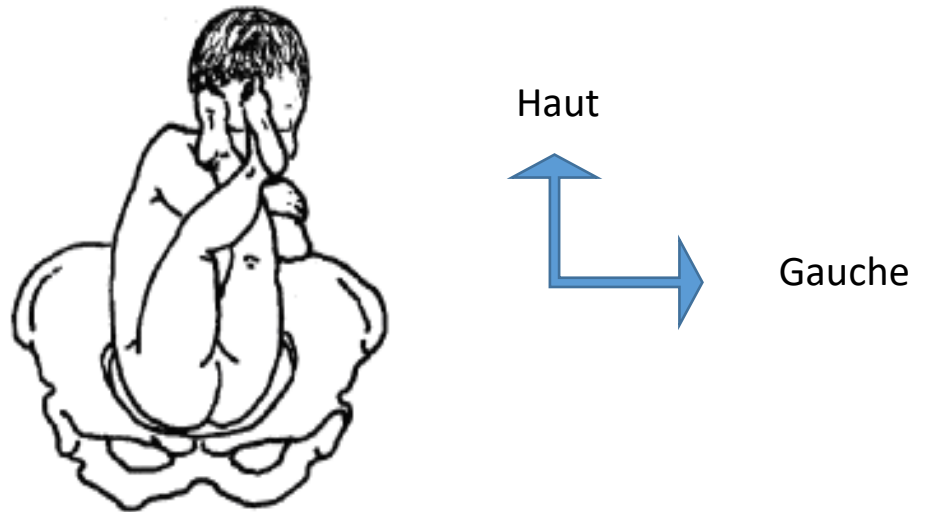


Figure 2 : présentation du siège décomplété avant le travail [18]

Cependant, il existe deux autres modalités rares :

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

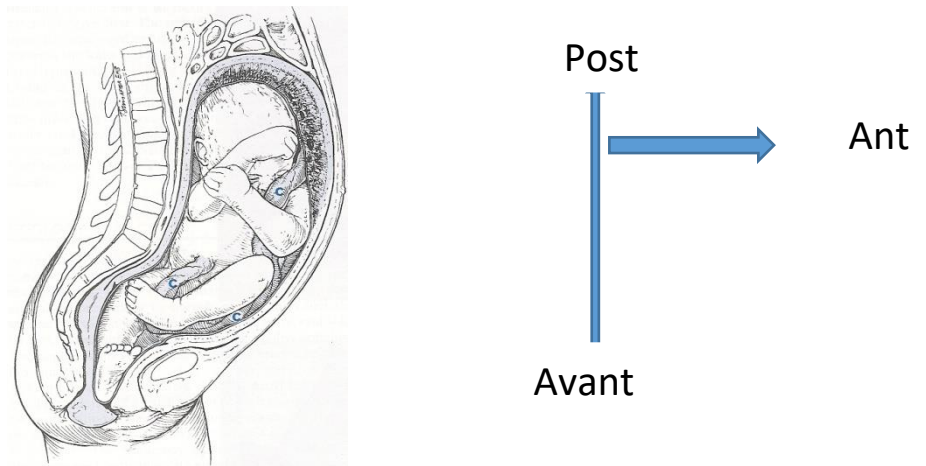


Figure 3 : siège décomplété mode des pieds avant le travail [18].

2.3- DIAGNOSTIC

2.3.1-Diagnostic étiologiques

Dans la présentation du siège, la loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut. Pendant les deux premiers trimestres , la tête constitue le pôle fœtal le plus volumineux. La cavité utérine devient piriforme en raison de la formation du segment inférieur et la partie la plus importante du fœtus vient occuper la zone la plus vaste de l'utérus qui est le fond [11]. Le fœtus lui-même animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse. Souvent, ce n'est qu'à partir du troisième trimestre que la présentation fœtale pelvienne se transformera en présentation céphalique par « une culbute physiologique » (LEVRET) [12]

2.3.1.1- Causes maternelles

Congénitales

- L'hypoplasie utérine avec utérus cylindrique s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses surtout fréquent chez la primipare [13,14].
- Les malformations utérines (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) modifient les axes intra-utérins favorisant les présentations podaliques récidivantes.

Acquises

- L'utérus de la multipare, hypotonique et trop vaste, ne pouvant plus agir sur le mobile fœtal favoriserait le siège complet. Le trouble de l'accommodation étant dû au relâchement des parois utérines.
- L'hypotrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués ; d'autres sont étroits et cylindriques. Cette

hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement.

- La primipare âgée avec un utérus hypertonique est une candidate au siège décomplété.
- Les tumeurs intrinsèques (fibromes notamment)
- Les tumeurs extrinsèques (kyste ovarien, fibrome pédicules sous-séreux).
- Les rétrécissements transversaux du bassin.

2.3.1.2- Causes ovulaires

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

2.3.1.3- Causes fœtales

- Les malformations (hydrocéphalie, anencéphalie),
- L'hyper-extension de la tête dernière : elle est une des composantes de la présentation, qui fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. L'anomalie résulte d'une hyperlordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et la nuque vient au contact du dos. Toute déflexion dépassant la « MILITARY ATTITUDE » risque d'être dangereux, et avant d'intervenir il faut s'assurer par un double contrôle que la malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée, car entre celle-ci et la flexion normale, des stades intermédiaires existent [15].
- La gémellité : si le premier jumeau est en siège, il y a peu de chance que cela change en fin de grossesse [16]. Ces étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement, car elles constituent autant de facteurs pronostiques susceptibles d'influencer la démarche de l'accouchement comme la conduite thérapeutique. Mais, il faut convenir que souvent, on

ne peut mettre en évidence une cause précise. La présentation résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation.

Pour éviter les interventions malheureuses et réduire la mortalité et la morbidité fœtale, il est indispensable de diagnostiquer toute présentation du siège bien avant le début du travail. L'échographie systématique faite vers la 32^e semaine de grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis [13].

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

2.3.2- Diagnostic pendant la grossesse

2.3.2.1- Examen clinique

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

L'examen physique

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

La palpation : Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic. Le palper bi manuel montre que le pôle fœtal situé au-dessus du détroit supérieur est assez volumineux, de contours irréguliers et de consistance plus ou moins molle quand le siège est complet. Le siège décompleté donne accès à un pôle plus rond, plus ferme et il peut parfois être difficile de faire la différence avec le pôle céphalique [10]. Le pôle fœtal situé au niveau du fond utérin est dur et régulier. Il existe entre la position du dos et ce pôle céphalique une dépression abdominale correspondant au sillon du cou du fœtus (signe de Pinard) [12]. On met en évidence d'un côté un plan convexe et régulier qui est le dos. Le suivi de ce plan vers le bas ne permet pas de retrouver la dépression caractéristique du sillon du cou, venant confirmer le diagnostic. Le sillon du cou est perçu vers le fond utérin. Parfois, « deux dos » sont perçus. Après élimination d'une grossesse

gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décomplété.

L'auscultation : Le foyer maximum des battements du cœur fœtal est haut situé dans la région péri ombilicale, voire sus ombilicale [10].

Le toucher vaginal : Il fournit des renseignements assez imprécis du fait que l'excavation est fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. Quand il s'agit d'un siège décomplété engagé ou en voie d'engagement, La confusion est facile avec un sommet à moins qu'on ait déjà été orienté [13,17].

2.3.2.2- Examen complémentaire

La radiographie du contenu utérin, ou mieux l'échographie permet de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage d'aider à l'estimation du poids fœtal et au diamètre bipariétal. L'exploration du bassin au neuvième mois de la grossesse complétée par une radiopelvimétrie, prend une importance toute particulière.

2.3.3- Diagnostic pendant le travail

2.3.3.1-Avant la rupture des membranes : Il faut être prudent avec la poche des eaux intactes qui est un élément important dans la dilatation cervicale. Dans l'intervalle des contractions on peut percevoir :

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

2.3.3.2- Après la rupture des membranes : Le toucher vaginal confirme facilement le diagnostic et précise le mode et la variété de position [16]. Précision du mode de présentation en cas de siège décomplété mode des fesses : les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli

inter fessier centré par un orifice appelé l'anus. En cas de siège complet : les doigts vaginaux perçoivent les pieds reconnus par le talon et les deux malléoles.

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

Le repérage de la pyramide sacré au toucher vaginal et la recherche de la tête dans le fond utérin doivent permettre le bon diagnostic [16]. Précision de la variété de position Le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli interfessier. Seule la variété de position initiale est prise comme repère, suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage ; quatre variétés sont ainsi différenciées :

— Variétés antérieures :

- Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA)
- Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)

— Variétés postérieures :

- Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)
- Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) [10].

2.4-ACCOUCHEMENT DU SIEGE

2.4.1- Phénomènes mécaniques Alors que dans les présentations céphaliques, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui du siège, des épaules, et de la tête dernière. Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend : l'engagement, la descente et la rotation, le dégagement [17]. Une autre particularité de la présentation du siège décomplété est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelles. Parfois ; la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales.

Le risque est donc la rétention de la tête dernière suite à une disproportion fœtopelvienne d'où l'intérêt d'une radiopelvimétrie. L'accouchement par le siège est un accouchement à haut risque, mais donne souvent l'impression d'une grande facilité due au fait que les trois obstacles potentiels (le siège, les épaules et la tête) traversent dans ce sens très facilement le bassin à condition de constituer un mobile solidaire en flexion, menton sur le thorax, tête enfoncée contre les épaules, membres fléchis sur le tronc lui-même en cyphose [7].

2.4.1.1- Accouchement du siège

- **Engagement** : il est précédé d'une rotation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacrotibial [18]. Ce diamètre bitrochantérien représente le diamètre principal dans l'accouchement du siège et est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet.

- **Descente et rotation** : dans l'excavation, la rotation du siège qui s'effectue en spirale en même temps que la descente ou seulement après elle sur le périnée, n'est jamais que d'un huitième de cercle. La rotation amène le diamètre bitrochanterien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. S'il s'agit d'une sacroiliaque antérieure, la rotation se fait en arrière ; s'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin [17]. La descente est achevée lorsque la hanche antérieure fœtale se cale sous la symphyse.

- **Dégagement** : Il s'effectue généralement en sacrotransverse ou la hanche antérieure précède la hanche postérieure [12]. Le dégagement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus et plus difficile dans le siège décomplété parce que les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc empêchent l'incurvation latérale. Le siège décomplété se dégage, en pointant vers le haut comme un monolithe. Parfois le siège continu sa

descente selon l'axe ombilico-coccygien, bute contre le périnée postérieur et n'arrive à se dégager qu'au prix d'une épisiotomie.

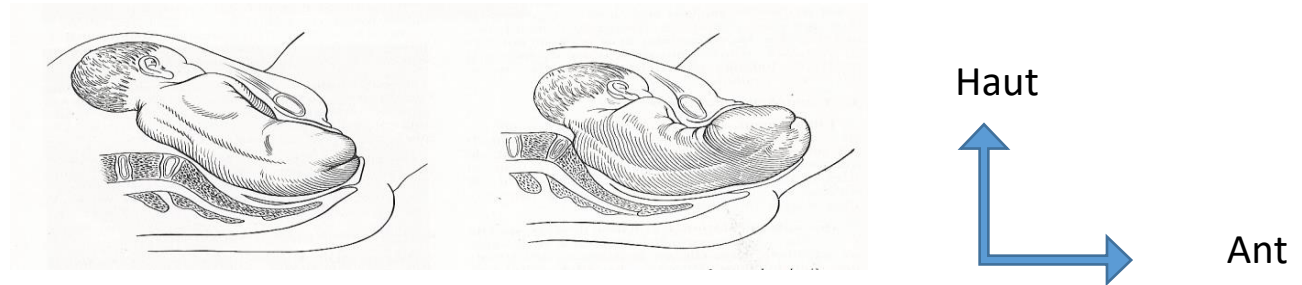


Figure 4 : Mécanisme de l'accouchement du siège : dégagement du siège [16].

2.4.1.2- Accouchement des épaules

- **Engagement** : il est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur. Soit dans le même que celui qu'a emprunté le bitrochantérien, celui-ci ayant fait hors la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière. Soit dans l'oblique opposé, lorsqu'il s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement en spirale qui amènera le dos en avant.

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

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

Ce mécanisme est physiologique lors de l'accouchement du siège, et l'on doit considérer le mobile fœtal comme une entité à part entière où la tête et les épaules du fœtus sont complètement solidaires [12].

2.4.1.3- Accouchement de la tête dernière

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

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

- **Dégagement** : le sous-occiput prend le point d'appui sous la symphyse. Le dégagement s'effectue autour de ce point d'appui, où la flexion de plus en plus importante de la tête fœtale, fait apparaître le menton, la face, le front, puis le crâne au niveau de la commissure postérieure de la vulve [12].

2.4.2- Phénomènes dynamiques et plastiques

2.4.2.1- Phénomènes dynamiques Contrairement à certaines opinions classiques, ils n'ont de particularité que chez la primipare, chez qui à l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe, s'ajoutent des anomalies de la contraction utérine sous forme de dystocie de DEMELIN. La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans la présentation du sommet [19]. Les anomalies de la dilatation du col marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. Mais en règle la lenteur de sa dilation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle est l'expression soit d'une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit d'une dystocie mécanique qu'il importe de préciser [20]. L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décomplété peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet. Dans le siège complet, on observe un début de travail qui traîne jusqu'à ce que la présentation prenne un contact suffisant avec le segment inférieur [18]. La progression est parfois arrêtée dans

l'excavation. L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus. Lorsque le dos, au lieu de tourner en avant, tourne en arrière, le plus souvent le menton s'accroche au bord supérieur de la symphyse, la tête se défléchit, une dystocie se constitue rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière. A cette importante et grave variété de rétention de la tête dernière il faut ajouter deux autres : rétention de la tête dans l'excavation, la rétention de la tête dernière au détroit supérieur, dont le pronostic foetal est réservé.

2.4.2.2- Phénomènes plastiques

Ces phénomènes sont marqués par :

- la bosse séro-sanguine qui siège sur le talon (siège complet), les fesses, les organes génitaux ;
- l'aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire ;
- l'atrophie osseuse ; ces lésions atrophiques sont entre autres :
- L'atrophie de l'angle du maxillaire inférieur plus fréquente ; L'aplasie de l'un des deux cotyles de l'articulation coxo-fémorale due à l'attitude prolongée en hyper-flexion des cuisses sur le bassin dans le siège décompleté, entraîne une dysplasie prédisposant à la luxation congénitale de la hanche ;
- L'atrophie rétractile musculo-ligamentaire aboutissant au pied-bot varus d'équin.

Ces déformations résultent de la pression longtemps exercée par la paroi utérine au cours de la grossesse, surtout si le liquide amniotique est peu abondant, sur le corps du fœtus mal accommodé.

2.4.3- PARTICULARITES PHYSIOLOGIQUES

Dans la présentation du siège, la façon dont sont disposés le corps et les annexes du fœtus favorise les perturbations au niveau de la circulation fœto-placentaire.

Les circulaires, les bretelles ainsi que les procidences du cordon, les ruptures prématurées des membranes sont rencontrés avec une grande fréquence. LACOMME avait souligné que « dès que l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve, le cordon est comprimé et les échanges fœtoplacentaires sont réduits sinon interrompus ».

Mais les enregistrements continus du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence les faits très importants :

- l'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme parfois plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration [11] ;
- la possibilité d'anomalie de la dilatation sans cause apparente qui serait même si fréquente que l'on compare l'accouchement du siège à une latérocidence du cordon.
- L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal s'avère donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement car c'est le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister des anoxies pouvant survenir surtout à la phase d'expulsion. Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même [17].

2.5- PRONOSTIC

La présentation du siège comporte un risque plus élevé de morbidité et de mortalité fœto-maternelle. La plupart des auteurs s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalité néonatales, considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique. Du point de vue du pronostic, ils ne font pas non plus de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare [17]. D'autres, au contraire trouvent bien que, moins favorable que le sommet, la présentation du siège bien surveillée et bien conduite peut rester

eutocique. Pour eux, c'est un abus de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va, jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe.

2.5.1- Pronostic maternel

2.5.1.1- Morbidité : Elle est marquée essentiellement par les lésions des parties molles dont les plus fréquentes sont : la déchirure du col, du périnée avec parfois des graves atteintes vésicales et/ou ano-rectales surtout dans les accouchements mal conduits avec des extractions brutales du fœtus. Ces déchirures sont en général prévenues par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare. Des complications infectieuses peuvent être favorisées par la rupture prématurée des membranes dans ce type de présentation.

2.5.1.2- Mortalité : Elle est quasiment nulle dans les accouchements naturels et sans rapport avec la présentation. La multiplication des césariennes dans les accouchements par le siège exige à reconsidérer les problèmes tout en sachant que, dès que l'on élargi les indications de la césarienne, et en particulier dans les cas de présentation du siège, il en résulte une augmentation secondaire inévitable pour deux raisons [19] :

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

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

En effet il est très généralement admis maintenant, et l'expérience quotidienne le confirme, qu'un enfant extrait par césarienne d'une mère bien endormie naît dans les conditions optimales [11].

Mais il reste que :

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

D'autres complications morbides se trouvent greffer à la césarienne : manifestations thrombo-emboliques, iléus paralytiques, syndrome de Mendelson, infections, péritonites, plaies vésicales et autres encore plus lointaines comme les occlusions sur brides et sans compter le coût en santé publique. Toutes ces complications maternelles paraissent maintenant si peu acceptables qu'on y multiplie les études pour voir s'il n'est pas possible, sans risque accru pour le fœtus, de réduire le taux de césarienne notamment dans les présentations vicieuses [11].

2.5.2- Pronostic fœtal

L'indice d'Apgar : C'est l'une des méthodes objectives d'appréciation de l'état du nouveau-né à la naissance. Il résulte de la notation de 0 à 2 de chacun des 5 éléments suivants : couleur des téguments, le tonus musculaire, la respiration, l'irritabilité réflexe et le rythme cardiaque. Il est établi à 1 minute, puis à 5 minutes. L'évaluation est éventuellement répétée à 10 minutes et plus tard si l'état de l'enfant l'exige. Apgar > 7 : Nouveau-né normal ; 4 < Apgar < 7 : Souffrance modérée nécessitant des mesures de réanimations ; Apgar < 4 : Etat de mort apparente et imposant une réanimation immédiate associant désobstruction, intubation, ventilation, massage cardiaque externe et abord veineux. Afin d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru un moment une solution incontournable, d'ailleurs prônée encore récemment par certains [22]. Toutefois, au-delà d'un certain seuil il semble que le bénéfice

néonatal soit inexistant alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelle.

2.5.2.1- Mortalité : Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée. Différents mécanismes peuvent expliquer cette mortalité :

- L'asphyxie per-partum : le risque est majoré en présentation du siège soit par procidence du cordon, soit lors d'un accouchement laborieux ;
- des morts fœtales in utero, sans cause évidentes, dix fois plus fréquentes que dans les présentations céphaliques sont possibles ;
- des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des mortalités néonatales ;
- et enfin les complications de la prématurité. La mortalité périnatale corrigée varie entre 0,76 et 3,7 % selon les auteurs. Pour RACHDI, elle est significativement plus élevée en cas d'accouchement par voie basse. Pour d'autres auteurs, la césarienne n'améliore pas le pronostic [16].

2.5.2.2- Morbidité : Elle est relativement importante et est due surtout aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle. Cette morbidité comporte des accidents immédiats et complications à long terme. Les accidents immédiats Pour les néonatalogues, la complication essentielle reste l'asphyxie néonatale avec son cortège habituel [20]. Elle peut être due soit à une dystocie (relèvement des bras, rétention de la tête dernière), soit à une hyper-extension de la tête elle-même favorisée par la circulaire du cordon ou une hypertonie congénitale des muscles du cou. L'asphyxie se définit par un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5e minute associée à une acidose mixte métabolique et respiratoire et avec des difficultés de mise en route de la respiration et du tonus [20]. Cette asphyxie entraîne, selon sa sévérité des complications bien connues : détresse respiratoire par aspiration du liquide amniotique, persistance de la circulation fœtale dans les asphyxies sévères, encéphalopathie ischémique-anoxique néonatale. Cette dernière encéphalopathie n'a rien de spécifique, selon

son degré de gravité, le nouveau-né après une réanimation intense peut présenter un état de mal convulsif ou des signes de dépression du système nerveux central et un œdème cérébral. La mort néonatale comme la guérison totale ou des séquelles neuromotrices sévères sont possibles. Un traumatisme vrai peut exister à l'état pur ou plus souvent associé à l'anoxie. Ainsi, on recherchera soigneusement une paralysie du plexus brachial, une fracture de la clavicule, une luxation de la hanche, une fracture du crâne et le fréquent hématome sous durale lié particulièrement aux manœuvres faites sur la tête dernière. Devenir des enfants à long terme Peu d'études ont été publiées sur l'évolution à long terme des enfants nés par présentation du siège [20]. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes chez ces enfants surtout d'âge scolaire sont essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire dont certains pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut-être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie fœtale qu'une cause [18]. L'avenir neurologique et l'encéphalopathie ischémique anoxique sont corrélés à la gravité de la souffrance néonatale.

Les grandes lignes sont très schématiquement les suivantes :

- en cas d'état de mal convulsif, les séquelles sévères seront observées dans 40 % des cas sous des formes cliniques variées, mais le plus souvent sous forme de multiples handicaps sévères (infirmité motrice cérébrale, débilité mentale, comitialité, déficit sensoriel, troubles du comportement)
- dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront suivant la première année, le quotient développement évalué sera médiocre à deux ans, un handicap moteur léger et des difficultés d'apprentissage marqueront la période scolaire. L'incidence de ces séquelles se situe entre 20 et 30 % des cas, mais la normalisation complète est très fréquente ;
- dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée.

La fréquence de ces séquelles justifie-t-elle la césarienne systématique ? A cette question, les études sont très contradictoires. Quoi qu'il en soit, la lecture de la

littérature montre que la mortalité et la morbidité maternelle sont majorées par la voie haute. Pour l'enfant, il semble bien que l'augmentation des césariennes au-delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes, si les sièges acceptés par la voie basse sont bien choisis les risques ne seront pas majorés [23]. Enfin, certaines statistiques montrent que même lorsque tout paraît normal, les retards psychomoteurs, les épilepsies, les retards scolaires sont si fréquents que l'on peut considérer véritablement le siège comme un accouchement dystocique.

2.5.3- Eléments de pronostic

Bien que différemment appréciés, les éléments du pronostic doivent être établis avant le début de la période d'expulsion. En effet, toutes les manœuvres obstétricales même celles qui paraissent les plus simples à exécuter sont loin d'apporter d'aussi bons résultats que l'accouchement spontané ou la césarienne.

2.5.3.1- Eléments existants avant la grossesse

- La parité : Chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, au contraire, le pronostic fœtal comporte toujours une réserve [7]. Les études montrent que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée.
- L'âge maternel : Lorsque c'est une primipare, il intervient dans l'appréciation du pronostic.
- La taille : Il est à noter que le pourcentage de césarienne est inversement proportionnel à la taille ; au contraire, le nombre d'accouchements normaux est d'autant plus élevé que la taille est plus grande [23].
- Cicatrices utérines : La présentation du siège chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciels reste aujourd'hui dans un certain nombre de centres une indication absolue à une nouvelle césarienne. Cependant, lorsque l'utérus est uni cicatriciel, la voie basse peut être acceptée sans aucun risque.

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

2.5.3.2- Eléments apparaissant au cours de la grossesse

- Poids et maturité du fœtus : Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le risque fœtal augmente avec la prématurité et le poids de l'enfant. Le mode d'accouchement diffère selon le poids. Plus le poids augmente, plus le nombre d'accouchements spontanés diminue et le nombre de césarienne augmente ainsi que le risque maternel [23]. Selon les auteurs, la césarienne est conseillée pour un poids supérieur à 4200 g (MYERS et GLEICHER), 4000 g (TATUM), ou 3800 g (GOLDENBERG) [10]. Son appréciation peut se faire par :
L'échographie : elle apporte de meilleurs renseignements par la mesure de la circonférence abdominale et surtout de diamètre bipariétal et transverse abdominal. La macrosomie se caractérise par un diamètre bipariétal supérieur à 98-100 mm.
- Mode de présentation : Les études récentes montrent que le pronostic fœtal est meilleur en cas de siège décomplété que de siège complet. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le siège complet reste une indication obligatoire de la césarienne [7] ; car on y rencontre un nombre fréquent d'accidents comme la rupture prématurée des membranes, les anomalies de la dilatation, ainsi que les procidences du cordon et/ou d'un pied.
- La rupture prématurée des membranes (RPM) : Le moment de la rupture des membranes a peu d'effet sur la durée du travail. Cependant, plus le moment est prématuré plus le nombre de césariennes est élevé, car les RPM sont un facteur de mauvaise dynamique cervicale ; ce qui confirme le rôle de la poche des eaux sur la dilatation.

- Disproportion fœto-pelvienne : La radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal du fœtus permettront de l'éliminer ou de l'affirmer.
- L'attitude de la tête dernière : Le degré de flexion de la tête doit être apprécié par la radiographie du contenu utérin. La déflexion primitive de la tête considérée généralement comme un élément de mauvais pronostic doit être une indication de césarienne prophylactique.

2.5.3.3- Eléments de pronostic fœtal apparaissant au cours du travail

- La dilatation : Dans la mesure où la dilatation se fait régulièrement, il paraît évident que le pronostic n'est pas influencé. Toutefois, en cas d'anomalie dynamique l'administration d'une perfusion d'ocytocique en l'absence de contre-indication paraît quelque fois efficace. Dans d'autres cas, lorsque la dilatation ne progresse pas, il faut savoir renoncer à la voie basse et décider une césarienne surtout s'il survient une souffrance fœtale.
- La procidence du cordon : Elle est plus fréquente dans la présentation du siège, plus fréquente chez la multipare et plus fréquente quand le siège est complet. Certains auteurs avaient cru observer autrefois que la procidence du cordon était peut-être moins dangereuse en cas de présentation du siège et les statistiques convergent aujourd'hui [9]. Lorsque celle-ci survient en phase de latence, la voie haute est indiquée.
- L'expulsion : Elle demeure la période la plus dangereuse puisqu'ils s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompues, dilatation complète, siège franchement engagé. S'il n'est pas engagé en dehors d'une disproportion fœto-pelvienne bien entendu on est en droit de tenter une épreuve d'engagement par une perfusion d'ocytocine, mais si au bout d'une demi-heure, le siège n'a pas progressé à la partie moyenne, il est encore temps de renoncer à la voie basse [20].

- La personnalité de l'accoucheur : Il a longtemps été classique de dire que le sort réservé à l'enfant dépendait en grande partie de l'habileté de l'opérateur. Aujourd'hui l'entraînement aux manœuvres manuelles ne devrait plus être nécessaire : l'échec des manœuvres par voie basse est patent [9].

2.6- CONDUITE A TENIR

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

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

2.6.1- Pendant la grossesse

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

2.6.1.1- La version par manœuvre externe (VME)

Du temps d'HIPPOCRATE devant le constat d'une présentation du siège, la VME était considérée comme obligatoire. Réhabilitée en France par TARNIER puis PINARD en 1880, la VME a aujourd'hui ses adeptes et ses opposants [10]. Son but est de transformer la présentation podalique en présentation céphalique vers la 36 SA en l'absence de contre-indications. Ses contre-indications sont : bassin chirurgical, iso-immunisation fœto-maternelle, grossesse multiple, placenta prævia, fragilité ou souffrance fœtale, déflexion de la tête fœtale, utérus malformé.

2.6.1.2- Césarienne prophylactique

Cette décision doit être prise dès 37 SA, résulte d'une confrontation entre l'analyse du bassin, la position de la tête dernière, et l'estimation du poids fœtal. Devant les contre-indications absolues à la voie basse : bassin limite cliniquement, BGR, déflexion primitive de la tête dernière, suspicion de macrosomie, placenta prævia et obstacles prævia, indication de césarienne pour pathologies maternelles et fœtales, une césarienne prophylactique s'impose vers 39 SA avant tout début de travail.

2.6.1.3- Accouchement par voie basse

En l'absence de contre-indications absolues à la voie basse, une épreuve dynamique du travail doit être proposée. Dans cette situation, tous les facteurs pronostic cités ci-dessus prennent leur importance. Le travail doit être dirigé, et la moindre anomalie survenant durant la phase de dilatation doit imposer une césarienne si elle ne régresse pas sous traitement [12].

2.6.2- Pendant le travail

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

2.6.2.1- Période de dilatation

Le travail doit être dirigé et surveiller sous contrôle d'un enregistrement permanent du rythme cardiaque fœtal. Cette période constitue une véritable épreuve utérine. Sa surveillance sera d'autant plus facile et exacte que l'on disposera d'un enregistrement continu des contractions utérines. Si l'on respecte le plus longtemps possible la poche des eaux, la dilatation ne devra être, contrairement à l'opinion classique guère plus longue que dans l'accouchement normal. Sa progression sera donc suivie très régulièrement. Si elle est favorable, il n'y a aucun problème. Par contre, si une dystocie dynamique s'installe, on peut, après avoir reconsidérer les éléments mécaniques, avoir recours à la rupture de la poche des eaux et la mise en route d'une perfusion d'ocytocine. Cette pratique discutée par beaucoup d'auteurs aura souvent l'avantage de renforcer les contractions utérines insuffisantes, du fait de l'aspect de la poche des eaux ou d'un travail un peu long. Elle sera toujours prudente, de courte durée et contrôlée en permanence. Elle sera poursuivie au moment de

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

2.6.2.2- Période d'expulsion

Elle représente la période la plus dangereuse pour le fœtus. On aura toujours en mémoire le mot de RIVIERRE et CHASTRUSSE « L'expulsion voudra ce que vaut la contraction utérine » [24].

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

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

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

L'abstention totale ou méthode de Vermelin

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

l'expulsion est progressive, il faut s'abstenir de toucher au siège jusqu'à l'apparition de l'angle des omoplates à la vulve. La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au détroit supérieur, avec parfois l'accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple, soit en continuant le mouvement de rotation amorcé [17]. Cette passivité absolue ou « expectative armée » représente certainement l'attitude idéale pour l'enfant. Le rôle de l'obstétricien qualifié par HENRION de « Manchot empereur » n'a été que celui d'un observateur attentif [16].

Attitude interventionniste ou aide à l'expulsion

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

- **La manœuvre de BRACHT** Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les hanches est relevé à deux mains vers le haut, puis reverser sur le ventre de la mère, sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse, et la tête se dégage en déflexion [17]. Cette manœuvre aide au dégagement artificiel de la tête.



Figure 5 : manœuvre de Bracht [8].

- **La manœuvre de LOVSET** C'est la manœuvre la moins traumatique et la plus efficace exécutée pour dégager les épaules et les bras fœtaux. Le fœtus est saisi pouces sur les lombes, paumes sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90°, dos vers la droite, sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse, il est dégagé, l'autre épaule descend alors sous le promontoire. Une deuxième rotation de 180° en sens inverse amène le bras postérieur en avant, le coude apparaît à la vulve [10].

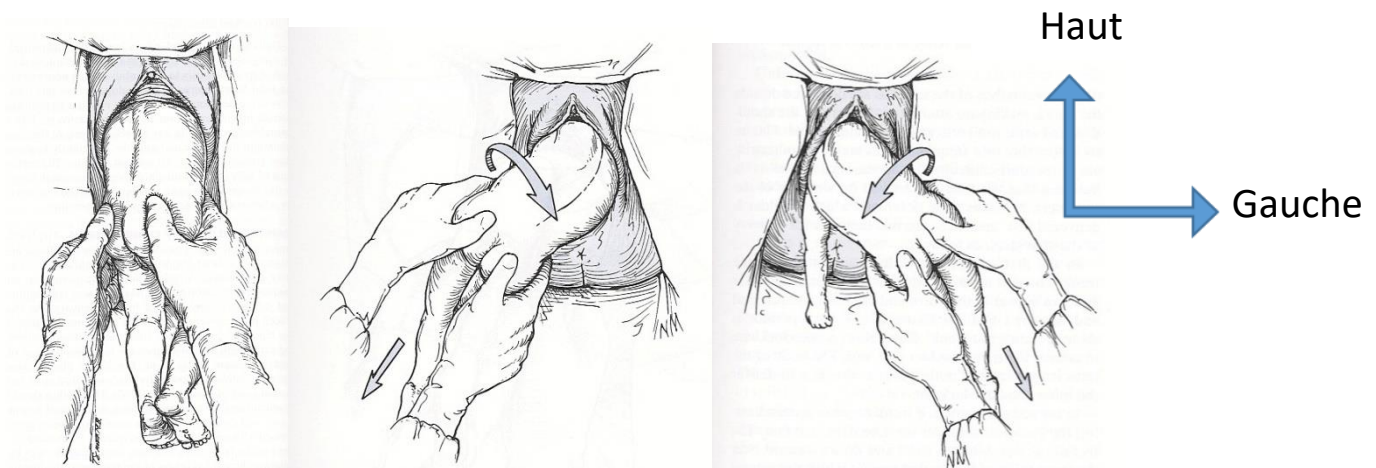


Figure 6 : manœuvre de Lovset [8].

La manœuvre de MAURICEAU Elle est dangereuse et fait courir le risque de lésions médullaires du plexus brachial et du plancher de la cavité buccale. Le fœtus est placé à cheval sur un avant-bras. L'index et le médium sont introduits dans la bouche et aident à fléchir la tête ; l'autre main appui sur les épaules et tire la tête en dehors de l'axe du bassin [16]. Cette manœuvre est utilisée pour dégager une tête retenue dans l'excavation. Les méthodes d'accouchements dirigés s'adaptent parfaitement à la présentation du siège, et donnent la clé du pronostic. En effet, lorsqu'elles réussissent, elles transforment un accouchement

dystocique en accouchement normal. Mais lorsqu'elles échouent, mieux vaut recourir à la voie haute.

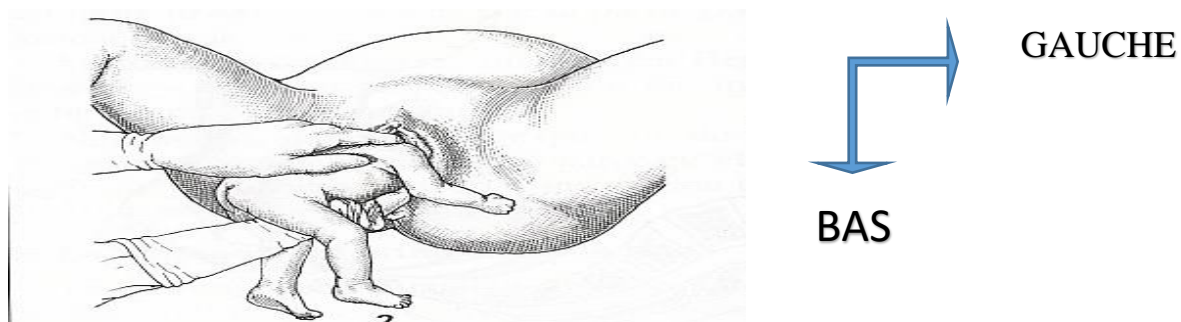


Figure 7 : manœuvre de Mauriceau [8].

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

METHODOLOGIE

II-Méthodologie

2-1. CADRE ET LIEU D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune V du District de Bamako.

2-1.1. Historique du Centre de Santé de Référence de la Commune V :

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été créé en 1982 avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Cette structure s'est imposée par ses prestations de qualité dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Le fonctionnement du Centre de Santé de Référence de la Commune V est animé par un personnel médical, un personnel paramédical et un personnel administratif.

ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

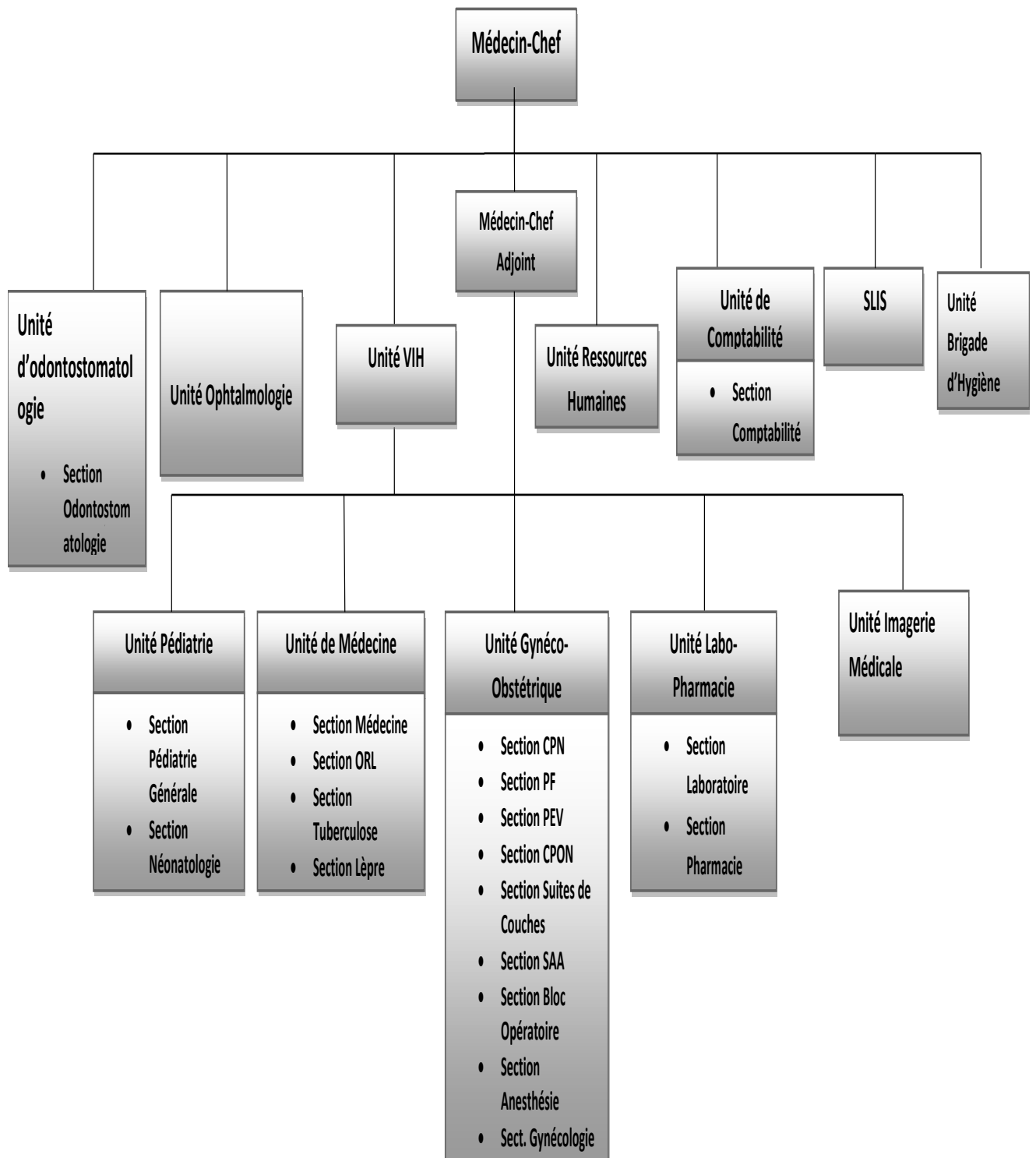


Figure 8 Source : Unité ressources humaines du centre.

2-1-2-Le Personnel du service de gynécologie-obstétrique :

Il est composé de :

- Un Maître-assistant en Gynécologie Obstétrique
- Cinq médecins gynécologue obstétricien dont deux femmes
- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :
 - 01 Médecins
 - 06 assistants (techniciens supérieurs)
- Trente-cinq sages-femmes dont une sage-femme maitresse
- Seize infirmières obstétriciennes
- Quatre manœuvres

NB : En plus de ce personnel, le service accueille des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique, des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers pour leurs formations pratiques

2-2- Type d'étude :

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

2-3-Période d'étude

Notre étude s'est étendue du 1er Janvier au 31 décembre 2018, soit une période de 12 mois.

2-4- Population d'étude : Toutes les parturientes ayant accouchée au service avec une présentation de siège pendant notre période d'étude.

2-5- Echantillonnage :

2-5-1- Type d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur les accouchements enregistrés durant la période d'étude.

2-5-2-Critère d'inclusion :

Sont inclus tous les parturientes du groupe I et II enregistrés pendant notre recrutement.

Groupe I : Ont été considérées comme Groupe I, toutes les primipares admises pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale ou multiple dont l'âge est supérieur ou égal à 28 semaines avec fœtus vivant en présentation du siège.

Groupe II : Ont été considérées comme Groupe II, toutes les multipares admises pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale ou multiple dont l'âge est supérieur ou égal à 28 semaines avec fœtus vivant en présentation du siège.

2-5-3-Critères de non inclusion ; n'ont pas été inclus :

- tout autre mode de présentation : front, face, transversale, sommet
- les malformations fœtales incompatibles avec la vie

2-6. Supports, saisie et analyse :

Les données ont été recueillies à partir de :

- Dossiers obstétricaux / Partogrammes
- Registre d'accouchements,
- Registre des comptes rendus opératoires,
- Registre de références / évacuations reçues,
- Registre de références des nouveau-nés,
- Registre des décès périnataux,

2-7. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies sur Word 2013 puis analysées à l'aide du logiciel **SPSS** version **17.0**.

Le test statistique utilisé était l'Odds Ratio (OR) pour étudier les facteurs associés aux phénomènes étudiés. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha inférieur ou égal à 5%. Un OR inférieur à 1 était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un OR supérieur à 1 était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié. L'intervalle de confiance(IC) a été précisé pour chaque OR.

2-9. Critères d'appariement :

Le critère d'appariement a été la parité avec un cas pour deux témoins.

2-10. Définitions opérationnels :

Pour faciliter la compréhension les termes suivants ont été définis comme suit :

- **Parturiente** : femme en travail.
- **Primigeste** : 1 grossesse.
- **Paucigeste** : 2 à 3 grossesses.
- **Multigeste** : ≥ 4 grossesses.
- **Primipare** : 1 accouchement.
- **Paucipare** : 2 à 3 accouchements.
- **Multipare** : ≥ 4 accouchements.
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adaptée sans notion d'urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- **Mort-né** : nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0).
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes de 1 à 7.
- **Bon Apgar** : nouveau-né ayant un Apgar entre 8 et 10.
- **Accouchement** : l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et de ces annexes en dehors des voies génitales féminin.

RESULTATS

III- RESULTATS

3-1. Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 10041 accouchements dont 303 en présentation de siège, soit une fréquence de 3.02 % sur l'ensemble des accouchements ce qui équivaut à une présentation du siège pour chaque quatre accouchements.

3-2. Profil sociodémographique

Tableau I : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge

Age (an)	G1	G2	P	OR [IC _{95%}]
≤19	61	10	0,001	29,28 [13,14 – 66,9]
20 – 35	40	177	0,001	Référence
> 35	0	15	0.005	
Total	101	202		

Tableau II : répartition des parturientes en fonction de la profession

Profession	G1	G2	P	OR [IC _{95%}]
Fonctionnaire	6	15	0,63	0.79 [0,29 – 2,09]
Ménagère	56	143	0,08	0.51 [0,31 – 0,84]
Commerçante	5	26	0.032	0.35 [0,13 – 0.95]
Elève/étudiante	25	11	0,001	5.71 [2.68 – 12,18]
Autres*	8	7	0.12	<i>Référence</i>
Total	101	202		

*Coiffeuse, Aide-ménagère, Teinturière, Couturière

Tableau III : répartition des parturientes en fonction de l’instruction

Instruction			p-valeur	OR [IC]
	G1	G2		
Instruite	30	24	P=0,001	3.13 [1.71 – 5.73]
Non instruite	71	178		Référence
Total	101	202		

3-3. Caractéristiques cliniques

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux			P	OR [IC]
	G1	G2		
GEU	1	4	0,04	0,20 [0,04 – 0,91]
Césarienne	0	13		
Myomectomie	1	1		
Aucun	99	184		
Total	101	202		

Tableau V: répartition des parturientes en fonction du suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse			p-valeur	OR [IC]
	G1	G2		
Grossesse Suivie	79	168	0,29	0,72 [0,39 – 1,32]
Grossesse Non suivie	22	34		1,38 [0,72 – 2,61]
Total	101	202		

Tableau VI : répartition des parturientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission			<i>p-valeur</i>	<i>OR [IC]</i>
	<i>G1</i>	<i>G2</i>		
Venue d'elle-même	66	137	0,66	0,89 [0,53 – 1,48]
Évacuée/référée	29	50		Référence
Autres	6	15		0,92 [0,66 – 1,29]
Total	101	202		

Tableau VII : répartition des parturientes en fonction de la taille

Taille(m)			<i>P</i>	<i>OR [IC]</i>
	<i>G1</i>	<i>G2</i>		
< 1,50	6	1	0,03	12,69 [1,50 – 106,93]
≥ 1,50	95	201		Référence
Total	101	202		

Tailles extrêmes : 138 et 175 cm (G1) et 143 et 180 cm (G2).

Tableau VIII : répartition des parturientes en fonction de l'état du bassin

Bassin			<i>P</i>	<i>OR [IC]</i>
	<i>G1</i>	<i>G2</i>		
Normal	87	189	0,05	0.43 [0,18 – 1,01]
Limite	13	13		2.15 [0.89– 5,17]
BGR	1	0		//
Total	101	202		

Tableau IX : répartition des parturientes en fonction des bruits cardiaques fœtaux à l'admission

BCF			P	OR [IC]
	G1	G2		
<120	6	4		3,13 [0,86 – 11,34]
120 à 160	95	198	0,69	0,32 [0,09 – 1,16]
Total	101	202		

Tableau X : répartition des parturientes en fonction de l'engagement de la présentation de l'admission

Engagement de la présentation			P	OR [IC]
	G1	G2		
Oui	84	175		0,63 [0,32 – 1,26]
Non	17	28	0,19	Référence
Total	64	151		

Tableau XI : répartition des parturientes en fonction de la catégorie par rapport au type de siège

Type de siège			p-valeur	OR [IC]
	G1	G2		
Complet	41	85		0,94 [0,58 – 1,53]
Décomplété	60	117	0,81	1,06 [0,54 – 1,73]
Total	101	202		

Tableau XII : répartition des parturientes en fonction de la catégorie par rapport à la voie d'accouchement

Voie d'accouchement			P	OR [IC]
	G1	G2		
Voie basse	64	150		Référence
Césarienne	37	52	0,029	1,78 [1,02 – 3,09]
Total	101	202		

Tableau XIII : répartition des parturientes en fonction de l'indication de césarienne

Indications de césarienne			P	OR [IC _{95%}]
	G1	G2		
Procidence du cordon 2e degré battant	1	5	0,382	0.39 [0,045 – 3.4]
Asphyxie fœtale aiguë	10	3	0,001	7.29 [1.96 – 27.1]
Grossesse gémellaire J1 en siège*	4	14	0,30	0.6 [0.19 – 1.89]
présentation siège/bassin limite	17	5	0.002	7.42 [2.63 – 20.9]
présentation de siège/utérus cicatriciel	0	15	0,007	
Autres indications**	5	10	1	1 [0.33 – 3.01]
Total	37	52		

** : suspicion de gros fœtus en siège, Pré-éclampsie sévère de siège, Placenta prævia recouvrant hémorragique, macrosomie fœtale en présence de siège, Macrosomie + présentation de siège, J1 en siège + fièvre maternelle, Hydrocephalie en présentation de siège, Gros siège + RPM de plus de 72h, Gros siege chez primigeste, dystocie dynamique/présentation de siège +asphyxie, Dépassement determe/présentation de siège, ATCD obs. chargé siège/b limite

Tableau XIV : répartition des parturientes en fonction de la manœuvre de dégagement

Manœuvre de dégagement			P	OR [IC]
	G1	G2		
Bracht	35	30	0,32	1,44 [0,71 – 2,92]
Mauriceau	4	7		0,26 [0,56 – 2,02]
Lovset	3	1		3,20 [0,32 – 31,71]
Attitude de Vermalin	19	25		0,69 [0,33 – 1,44]
Total	61	63		

Tableau III : répartition des parturientes en fonction de la durée du travail

Durée du travail (h)			P	OR [IC]
	G1	G2		
< 12 h	59	155	0,16	0,41 [0,11 – 1,46]
≥ 12 h	5	5		2,46 [0,69 – 8,80]
Total	64	150		

La durée moyenne du travail était de 8 h dans le groupe I contre 6 h dans le groupe II.

Tableau XVI : répartition des parturientes en fonction de la survenue d'anomalies au cours du travail

Anomalies du travail			P	OR [IC]
	G1	G2		
Dystocie dynamique	8	14	0,12	0,25 [0,05 – 1,05]
Dystocie mécanique	7	5		2,93 [0,91 – 9,49]
Procidence du cordon	1	4		0,24 [0,05 – 1,06]
Procidence du pied	1	1		0,26 [0,04 – 1,30]
Non déterminé	84	178		0,67 [0,34 – 1,31]
Total	101	202		

Tableau XVII: répartition des parturientes en fonction de la durée de l'expulsion

Durée de l'expulsion (mn)			P	OR [IC]
	G1	G2		
≤ 45	60	111	0,50	Référence
> 45	4	7		1,15 [0,28 – 1,50]
Non déterminer	37	84		0,84 [0,51 – 1,38]
Total	101	202		

La durée moyenne d'expulsion était de 10 min chez les patientes du G1 et 5 min chez celles du G2.

Tableau XVIII : répartition des parturientes en fonction de l'état du fœtus à la naissance

Etat du fœtus à la naissance			P	OR [IC]
	G1	G2		
Vivant	95	193		0.74 [0,26 – 2,14]
Mort-né frais	6	9	0,57	1.53 [0,52 – 4,54]
Total	101	202		

Tableau XIX : répartition des parturientes en fonction de l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar à la 1 ^{ère} minute			P	OR [IC]
	G1	G2		
0	6	9		1.53 [0,52 – 4,54]
1-7	10	15	0,56	1.28 [0,56 – 2,93]
>7	85	178		0.72 [0,36 – 1,41]
Total	101	202		

Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de l'Apgar à la 5^e minute

Apgar à la 5 ^{ème} minute			P	OR [IC]
	G1	G2		
1-7	4	6	0,65	1.35 [0,37 – 4,89]
>7	91	187		0.73 [0,31 – 1,69]
Total	95	193		

Tableau XXI : répartition des parturientes en fonction des poids des nouveau- nés

Poids des nouveau- nés (g)			p-valeur	OR [IC]
	G1	G2		
<2500	30	52	P=0.464	1.22 [0.69 – 2,14]
2500 - 3900	71	145		Référence
≥3900	0	5		//
Total	101	202		

Le poids moyen =2500 g pour les cas avec des extrêmes =1100 - 3900 g et 2950g pour les témoins avec des extrêmes = 1200 - 5000 g

Tableau XXII : répartition des parturientes en fonction de la réanimation du nouveau-né à la naissance

Réanimation du Nouveau-né			P	OR [IC]
	G1	G2		
Oui	22	39	0,61	1,17 [0,65 – 2,20]
Non	79	163		0,86 [0,48 – 1,55]
Total	101	202		

Tableau XXIII: répartition des parturientes en fonction de la morbidité maternelle

Morbidité maternelle	Catégorie		P	OR [IC]
	Cas	Témoins		
Endométrite	0	2		//
Suppuration pariétale	1	1		2,01 [0,124 – 32,47]
Hémorragie de la délivrance	4	6	0,15	1 [0,18 – 5,55]
Déchirure cervicale	2	3		4,06 [0,36 – 45,32]
Déchirure périnéale	0	2		//
Bon	94	187		1,95 [0,63 – 6,021]
Total	101	202		

Tableau XXIV : répartition des parturientes en fonction de la morbidité du nouveau-né

Morbidité du nouveau-né	G1	G2	P	OR [IC]
Asphyxie fœtale aigue	22	30		1,60 [0,87 – 2,94]
Fracture de l'humérus/Fémur	2	1		4,06 [0,01 – 45,32]
Traumatisme des OGE*	2		0,22	4,06 [0,10 – 45,32]
Total	26	31		

OGE : Organes Génitaux Externes*

Tableau XXV : répartition des parturientes en fonction de l'état du nouveau-né à la sortie

Etat du nouveau-né à la sortie			P	OR [IC]
	G1	G2		
Vivant	92	189		0,84 [0,37 – 1,92]
Décédé	9	13	0,43	1,42 [0,59 – 3,45]
Total	101	202		

Décès intra-partum : 6 dans le Groupe I et 9 dans le Groupe II

Décès néonataux : 3 dans le Groupe I et 4 dans le Groupe II

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4-1-Approche méthodologique :

Notre cadre d'étude a été le Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune V du District de Bamako qui de par sa fréquentation et les évacuations obstétricales qu'il reçoit a été un bon cadre pour la réalisation de cette étude.

Nous avons effectué un appariement d'un cas pour deux témoins afin de comparer l'issue des accouchements de siège ainsi que le pronostic materno-foetale.

Au cours de notre étude nous avons rencontré certaines difficultés qui sont:

- Mauvais état de certains dossiers obstétricaux archivés;
- Le caractère rétrospectif de l'étude nous a limités à étudier les facteurs étiologiques de la présentation du siège ainsi que les complications uniquement à court terme avant la sortie de la maternité et mentionnées sur les dossiers;
- Manque d'informations de certains dossiers obstétricaux notamment les éléments pronostiques.
- L'absence d'échographie du troisième trimestre et de la radiopelvimétrie chez la majeure partie de nos parturientes.
- L'absence de moyens spécifiques de surveillance de travail d'accouchement (Sonicaid, cardiotocographe, PH métrie)

4-2-Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 10041 accouchements dont 303 en présentation de siège, soit une fréquence de 3.02 % de l'ensemble des accouchements ce qui équivaut à une présentation du siège pour chaque quatre accouchements.

Marinho OA [14] au Nigeria, Mektit T A [15] en Ethiopie, Konaté M [27] au Mali, Magnefoue [1] au Mali ont trouvé respectivement 2,1 % ; 2,76 % ; 3,14 % et 2,22 %.

Au cours de notre étude la fréquence de l'accouchement du siège chez les primipares a été 1,01% contre 2,02 chez les multipares de l'ensemble des accouchements durant notre période d'étude.

Traoré A [15] a trouvé une fréquence de 0,87% de l'accouchement du siège chez les primipares par rapport à l'ensemble des accouchements durant sa période d'étude.

La fréquence des accouchements par le siège est variable d'un pays à l'autre. Ainsi Suzanne F [19] en France, Hannah-Hannah [24] au Canada et Kutlar I [21] en Turquie ont rapporté respectivement 2,15 %, 3 % et 2,4 %.

4-3-Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, les patientes dont l'âge est ≤ 19 étaient les plus représentées chez les patientes du groupe I avec 71.6%. La moyenne d'âge de notre étude était de 25 ans, avec les extrêmes d'âge de 15 ans et 35 ans chez les cas et de 17 ans à 42 ans.

Ce résultat est proche de ceux de Diallo S [25], Manoufoue M [26], Konaté M [27] au Mali qui ont rapporté respectivement 24 ans, 26ans 25ans

La moyenne d'âge retrouvée par Farsi I F. [19] au Sénégal, [17], Kaoutar B au Maroc [10], et Rosenau L. [24] en France qui ont rapporté respectivement un âge moyen de 27ans, 29ans, 24 ans et 27ans.

Il s'agit là de la tranche d'âge où le taux de fécondité est le plus élevé en Afrique subsaharienne.

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

Les ménagères étaient majoritairement représentées dans cette étude. Ainsi, nous avons noté 56 % de ménagères parmi les patientes du groupe I contre 70,8 % dans le groupe II ($p=0,08$).

Cette tendance a été confirmée par Diallo S [25] en 2015 et Konaté M [27] en 2011 qui avaient respectivement trouvé 68% et 84,2% de ménagères.

Il s'agit le plus souvent des femmes non instruites donc très peu enclines à comprendre les risques liés à ce type d'accouchement.

Dans notre étude les patientes non instruites représentaient 70% dans le groupe I contre 88% dans le groupe II.

Les femmes mariées sont fortement représentées soit 98 % du groupes I contre 99,5% du groupe II. L'échantillon est constitué de 2 % dans groupe I de femmes célibataires contre 0,5 % dans le groupe II.

Un utérus cicatriciel présente toujours un risque de déhiscence au cours de la grossesse ou de l'accouchement. En cas de présentation du siège, les antécédents de chirurgie utérine sont importants à prendre en compte, car peuvent faire indiquer d'emblée une césarienne. Les antécédents de césarienne ont été retrouvé chez 14,1 % dans G2 contre 0% dans G1 ($p=0,25$). Cela s'explique par le fait que nos cas étaient tous des nullipares.

Dembélé A [4] au Mali et Farsi I F [19] au Sénégal qui ont rapporté des taux respectifs de 5,6 % et 7,4 %, mais reste comparable à celui de Moussa K [5] au Mali qui trouvait 10,92 % d'antécédents d'utérus cicatriciels chez les cas.

Nous pensons comme la plupart des auteurs que l'association d'utérus cicatriciel et de présentation du siège doit faire indiquer une césarienne élective.

Les antécédents de myomectomie étaient de 1% chez les G1 contre 0,4% chez les G2 et celles de grossesse extra utérine étaient de 1% chez les patientes du G1 contre 2% du G2.

Au cours de notre étude 21,8% dans le G1 n'ont fait aucun suivi prénatal. Ce taux est proche de celui des témoins sans qu'il y ait une différence

statistiquement significative ($P = 0,29$). Manefoue HM. [26] en 2008 et Konaté D [27] en 2011 ont rapporté respectivement 9,4 %, et 9,2 %.

D'autres auteurs comme Brahim O. [32] en Tunisie ; et Farsi I L. [19] au Sénégal ont rapporté respectivement 35 %, et 34,1 %.

L'un des objectifs de la consultation prénatale du dernier mois de la grossesse est de déterminer le pronostic de l'accouchement. La plupart des gestantes colligées dans cette étude n'ont pas bénéficié de cette évaluation soit du fait de la mauvaise qualité des CPN soit de l'absence même du suivi prénatal. Il s'agit de gestantes dont le pronostic d'accouchement a été évalué en salle de travail quelque fois dans les situations d'urgence.

Les parturientes qui ont été d'abord reçues dans d'autres structures, puis évacuées à cause des anomalies liées à l'évolution du travail d'accouchement ont été de 28,7% chez les patientes du G1 contre 24,8% chez les patientes du G2.

4-4- Caractéristiques cliniques

La taille des parturientes inférieure à 150 cm a été retrouvée chez 5,9 % dans le G1 contre 0,8 % dans le GII ($p=0,003$).

Tailles extrêmes : 138 et 175 cm (G1) et 143 et 180 cm (G2).

Le bassin était anormal dans 13,9 % de G1 contre 6,4 % de G2.

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

Le rythme cardiaque fœtal était normal chez les patientes du G1 soit 88,1 % contre 90,1 % du G2 ($p=0,009$).

Les BDCF anormaux ont été de 5% chez les patientes du G1 et 1 % du G2.

Les BDCF étaient absent dans 5,9 % des G1 contre 5,4 % des G2 ($p=0,006$).

Au cours de notre étude nous avons noté 51% de présentation de sièges décomplétés contre 48,5% de présentation de sièges complets. Dicko B [16] et Moussa K [5] au Mali qui ont rapporté respectivement 50,5 % et 55 % de siège complet contre 49,5 % et 45 % de siège décomplété

Ainsi, Farsi [19] au Sénégal, Kouakou [30] en Côte d'Ivoire, et Buambo-Bamanga [32] au Congo ont trouvé respectivement 49,2 % ; 43,3 % ; et 34,9 % de mode complet contre 50,2 % ; 52,6 % et 65,1 % de siège décompleté.

La présentation fœtale engagée à l'admission était de 73,4 % dans le G1 contre 81,5 % chez les patientes du G2 ($p=0,19$). Ainsi, l'accouchement par voie basse a été préconisé.

4-5- ACCOUCHEMENT

L'accouchement de la présentation du siège est considéré comme potentiellement dystocique Traoré A [15].

L'accouchement par voie basse et césarienne a été respectivement de 63,4 %, 36,6 % chez les G1 contre 76,2 %, 23,8 % chez les G2 ($p=0,03$). Moussa K [14] au Mali et Farsi IF [19] au Sénégal ont rapporté respectivement 37,8 % et 32 % d'accouchement du siège par césarienne.

Il ressort de notre travail que l'accouchement par voie basse demeure prépondérante avec 72,3% soit $p=0,029$ OR=0,56 [0,32-0,98].

Dans la littérature les taux de césarienne dans l'accouchement du siège sont variables. Ils sont plus élevés dans les pays développés avec des taux allant de 47,9% à 51% en France [18-15] et de 61,4% à 90% aux Etats-Unis [38-39-41]. Ce qui n'est pas le cas dans la majorité des pays de l'Afrique comme le montraient Kouakou F [29] en Côte d'Ivoire avec 10,7%, Marino OA [34] au Nigéria avec 15% , Rachidi R [20] en Tunisie avec 18% et Dembélé A [41] au Mali avec 10,2%.

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

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

Les manœuvres obstétricales ont été pratiquées dans 60,4 % des contre 31,2 des témoins. La manœuvre de Bracht était la plus fréquente soit 57,4 % chez les cas et 47,6 % chez les témoins

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

L'expulsion au cours des accouchements par voie basse a été supérieure à 45 minutes chez 4,9 % des cas contre 3,5 % chez les témoins ($p=0,07$). Ces dystocies d'expulsion s'expliquent d'une part par l'épuisement maternel et d'autre part les dystocies dynamiques qui ont nécessité une perfusion d'ocytocine.

4-6- Pronostic

Plusieurs types de complications ont été décrites Traoré A [15]. Il s'agit entre autre, la déchirure des parties molles, la fistule obstétricale, l'infection puerpérale et la rupture utérine.

Ces complications sont fonctions de plusieurs facteurs et peuvent être liées à la qualité du suivi de la grossesse et/ou à la surveillance du travail et ou à l'accouchement.

Ainsi au cours de notre étude, 6 cas de complications hémorragiques ont été enregistrées dans le Groupe I contre 11 cas dans le Groupe II avec $p=0,15$ OR=1,01 [0,19-5,58]. Traoré A [15] rapporte 8 cas de complications hémorragiques dans le groupe des Cas contre 14 cas dans le groupe des Témoins.

En revanche aucun cas de décès maternel n'a été enregistré nos les 2 Groupes (Groupe I et Groupe II).

Ainsi nous pouvons dire que le pronostic maternel après accouchement en cas de présentation du siège est en général bon.

Le pronostic fœtal et néonatal est le plus souvent le reflet de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement.

L'accouchement du siège était le plus souvent associé à un taux élevé de morbidité néonatale avec 25,7% chez les patientes du G1 contre 15,8% chez celles du G2 dans notre étude.

Dans la littérature Denis A [27] en France (19%) , Kaoutar B [10] au Maroc (16,29%), Traoré Alpha [15] au Mali (23%), Diallo S [12] au Mali (11%).

Ceci dénote qu'il s'agit d'un accouchement à haut risque. Il nécessite la présence d'une équipe obstétricale expérimentée et ayant une bonne connaissance des différentes manœuvres obstétricales (Lovset, Bracht et Mauriceau etc..) applicables en cas de survenue de complications au cours de l'accouchement du siège.

Nous avons enregistré deux cas de complications traumatiques chez les nouveau-nés du G1 (fracture fémorale=01, fracture humérale=01) et un cas chez les G2 (fracture humérale=01) et deux cas traumatisme des organes génitaux externes (œdèmes des bourses) chez nouveau-nés du G1 contre 1 cas dans le G2. Le score d'Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute était de 9,9 % chez les G1 contre 7,4 % chez les G2. (p=0,72; OR=1,36; IC: 0,54-3,45).

Selon le mode de présentation du siège, le score d'Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute était de 10,4% en cas de siège complet contre 5,8% dans le siège décomplété chez les G1, ceci était de 5,7 en cas de siège complet contre 6,1% en cas de siège décomplété chez les G2. Manefoue H M [1] au Mali a trouvé respectivement 29,8 % en cas de siège complet et 28,2 % dans le siège décomplété

Le score d'Apgar ≥ 7 à la première minute a été de 92,9 % en cas de césarienne chez les G1 contre 84,2% pour la voie basse (p=0,67). Chez les G2, nous avons noté 87,1 % pour la voie haute contre 84,8 % pour la voie basse.

Konaté M [14] au Mali a rapporté pour la césarienne et la voie basse respectivement 51 %, 66 % chez les cas contre 70 %, 95 % chez les témoins.

Lorsque les manœuvres obstétricales étaient pratiquées 9,8% des G1 avaient un Apgar inférieur à 7 à la 1ère minute contre 4,8% en l'absence de celles-ci (p=0,37).

La durée de l'effort expulsif est un facteur pronostique important pour le fœtus et souvent pour la mère. La durée moyenne était de 10 minutes chez les G1 contre 5 minutes chez les G2. L'Apgar à la 1ère minute a été mauvais soit 25 % chez les G1 et 11,1 % chez les G2 lorsque l'expulsion était prolongée ($p=0,36$). Nous pensons que pour améliorer ces taux de morbidité et de mortalité dans nos pays d'Afrique au sud du Sahara, toute tentative d'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation du siège devrait être conditionnée à la réalisation systématique d'un bilan obstétrical en de fin de grossesse (Radiopelvimétrie et échographie du troisième trimestre ou radiographie du contenu utérin). Ceci pourrait permettre de sélectionner de manière plus objective les femmes ayant le bon profil pour accoucher par voie basse (poids fœtal inférieur à 3800 g, BIP inférieur à 95mm sans déflexion primitive de la tête ; les bassins maternels favorables à la radiopelvimétrie).

Ainsi nous pouvons dire qu'outre ces conditions fœto-maternelles et la présence d'une équipe obstétricale expérimentée ; la présence de néonatalogiste (dont la place importante dans la prise en charge immédiate des nouveau-nés surtout l'asphyxie fœtale aigue et la prématurité qui sont associées à ce type d'accouchement) , d'anesthésiste et de biologiste en salle de naissance contribuerait significativement à améliorer le pronostic périnatal.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons noté une fréquence globale 3,02 % de la présentation du siège. Le type de présentation le plus fréquent était le siège décomplété.

L'accouchement par voie basse a été privilégié par rapport à la césarienne dans les deux groupes. Le pronostic maternel demeure favorable mais la morbidité néonatale reste toujours élevée. Dans cette étude la morbidité néonatale chez les multipares était meilleur par rapport aux primipares.

RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux prestataires :**

- Référer les cas de présentation du siège vers des centres spécialisés ;
- Connaitre les critères d'acceptation de la voie basse dans l'accouchement du siège
- Demander systématiquement une échographie au troisième trimestre de la grossesse afin de déterminer le type de présentation et estimer le volume foetal.
- Assurer une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement à l'aide du partogramme pour faire la référence des cas potentiellement dystociques.
- Maitriser les manœuvres obstétricales.

➤ **Aux autorités :**

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue du personnel médical dans la prise en charge des urgences obstétricales.

➤ **Aux gestantes et parturientes :**

- Faire Le suivi régulier des consultations prénatales (CPN) par toutes les femmes enceintes pour une identification précoce des pathologies associées à la grossesse
- Faire une échographie du 3ème trimestre de la grossesse.
- - Se renseigner sur les risques de l'accouchement par le siège.

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Manefoue H M.** Accouchement en présentation du siège dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G à propos de 96 cas. Thèse de Med Bamako, 2009 ; 89 p
- 2-**Oumar B** Le pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de Gynécologie Obstétrique B au CHU Mohamed VI-Marrakech; Thèse de Médecine 2013, 98 p
3. **Dubois J, Grall YJ.** Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. Revue Française de Gynécologie et Obstétrique 1990 ; 855 :336-341.
- 4-**Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H, Lebouvier B,** et al. Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme.RevFR Gynecol et Obstet 1990 ; 85 :271-281.
- 5 -**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. –
- 6- **Denous S.** Evolution des pratiques obstétricales en cas de présentation du siège à partir de 32 SA au CHU d'Angers (France). Mémoire de l'école de sages-femmes. 2013
- 7-**Georges P.** L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible ?» XIVè JTA avancées en gynécologie obstétrique et pédiatrie 1999.
- 8-**Ghassan H.** contribution à la détermination de l'incidence de facteurs de risque dans l'accouchement en présentation du siège issu des grossesses unifoetales. ThèseMédecine1980 Université Nationale, Faculté de Médecine. Cote d'Ivoire,120 p
- 9-**Dicko B.** Accouchement du siège pronostic foetal à propos de 103 cas au centre de sante de référence de la commune V. Thèse Med Bamako 2001,95 p.
- 10-**Kaoutar B.** Accouchement en présentation de siège chez la primipare (à propos de 264 cas). Thèse médecine Maroc 2018, 137p.

- 11-**Celine H.** Manœuvres systematiques dans l'accouchement eutocique du siège par voie basse en France en Belgique thèse de Médecine 2019
- 12-**Diallo S** Pronostic materno-fœtal de l'accouchement du siège chez la primipare au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako; Thèse de Médecine 2015 : 248 p.
- 13- **Barbarino-Monnier P, Boutroy J L.** La présentation du siège. Obstétrique, Ellipses, 32 rue Bargue 75015 Paris, 1995; p 764-778
- 14-**Moussa K.** Accouchement en présentation du : pronostic materno fœtale dans le service de gynécologie de l'hôpital Fousseyni Daou de kayes thèse de Médecine 2011, pages : 87 p
- 15-**Traoré A.** Accouchement du siège chez les primipares : pronostic a centre de santé du district de Bamako thèse de Médecine 2019,75 p
- 16-**Thoulon J M, F Puech,G Boog** Obstétrique Edition, marketing/Ellipses 1995, 764-778.
- 17-Présentation du siege : Recommandation pour la pratique clinique du CNGOF text court 2469-7189 2019
- 18-**Merger R, J Levy, J Melchoir** Précis d'obstétrique 6e édition ; Masson Paris 2001, 185-195.
- 19-**Farsi I F.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation du 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, 146 p.
- 20- **J.Y Grall, j Dubois, P Moquet, P Poulain, J Blanchot, M-C. Laurent** Présentation du siège <http://WWW.emc-consulte.com> consulté le 5-11-08.
- 21- **Picaud J C, Salle B L, Audra P, Walther M, Boussebart T.** L'accouchement en présentation par le siège à terme. Point de vue du néonatalogue. XIVè J T A en Gynecol Obstet, 1999.42 :391-396.

22-**Koné M.** Accouchement en présentation par le siège : pronostic foetal et maternel dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE Thèse Med Bamako 2005,84 p.

23- **Claudine A.** Le devenir des enfants nés en présentation du siège Gazette Méd 1984 ; 91, 37.

24- **Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H** Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. Rev.Fr gynecol obstet 1990; 85, 5: 271-281.

25-**Lansac J, G Body, F Perrotin, H Marret.** Pratique de l'accouchement 3e édition Masson, Paris, 2001 P 119-135.

26-**West Grein M, Grunsell H, Ingemarson I, Muhlow A, Svenningsen N W.** Hyperextension of the foetal head in breech presentation. Br J obstet gynecol 1981; 88 : 101-104.

27-**Denis A, Texier M, Rouchy R** Le pronostic du foetal en présentation du siège : évaluation d'un coefficient de risque Rev.Fr Gynecol-obstet .1976 ; 71,5 : 309-316.

28- **Lacomme M.** Pratique obstétricale. Mason, 2è Edit Paris, 1960.453.

29- **Dubois J, Grall Y J** Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège Revue Française de gynecol et obstet 1990; 85-5.336-341.

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

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

32- **Brahim O, Rachdi R, Fekih M A, Mouelhi C, Messaoud L.** Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège : étude statistique à propos de 543 observations. Rev Fr Gynecol Obstet 1993 ; 884 : 249-52.

33- **Macombou P, Buambo B.** Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazaville. Médecine d'Afrique noire ISSN 0465-4668. 2006, vol. 53, N°5, 287-92

34- **Gassan H, Diarra S, Toure K, Kouakou F, Welffens C.** Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient © de corrélation. Ann univ, Abidjan, serie B (Medecine), 1983; XVII, (1). 291

35-**S.F.Buambo-Bomanga, P.Makoumbou,P.OyereMoke,A.L.Gnekoumou G.Nkihouabonga,H.Gokana,** et al Médecine d'Afrique noire Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville Tome 53-No5-Mai 2006, page 287à 292.

36-**Suzanne F, Portal B, Greze A, Bauden J.** Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1979; 74, 5: 349-356.

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

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

39-**Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle A W, Jenet R** The frequency of breech presentation based study. Am Jr of Obstet & Gynecol 1992;166:851-2.

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

41- **Dembélé A.** Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans les maternités du district de Bamako.

Thèse Med Bamako 1988,113 p.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION DE LA FEMME :

Q1-Age (en année) : /____/ 1= (≤ 19) ; 2= (20-35) ; 3 = (> 35)

Q2-Domicile : /____/ 1 :Q.Mali ; 2 = Torokorobougou ; 3 = Sabalibougou, 4 = k-Coura ; 5 = Guarantiguibougou ; 6 = Badalabougou ; 7=Baco-Djikoroni, 8 = Daoudabougou ; 9 = Autre.

Q3-Profession-----/____/ 1 = Menagère ; 2 = fonctionnaire ; 3 = Elève/Etudiante, 4 = Commerçant/Vendeuse 5= Autres

Q4- Niveau d'Etude---/____/ 1 = analphabète, 2 = Primaire ; 8 = Secondaire 4 = Supérieur ; 5 = Ecole coranique ; 6 = autre

Q5-Statut matrimonial----/____/ 1= Mariée, 2 = Celibataire, 3 =divorcée, 4 = Veuve

Q6-Ethnie-----/____/ 1= Bambara ; 2 = peulh ; 3 = Malinké ; 4 = Sorhaï ,5 = bozo
6 = Senoufo, 7 = Minianka , 8 = Soniké , 9 = Bobo ; 10 = autres

Q7- Mode d'admission = /____/ 1 = Venue d'elle-même, 2 = référée/Evacuée

Q8 – Poids (kg) /____/ 1= 45 – 60 ; 2 = 61 –76 = ; 3 = 76 ou plus

Q9 – Taille (cm) /____/ = 1 = inf à 150 ; 2 = Supou egale à 150

Les Antecedants Obstetricaux :

Q11 – Avortement ----- /____/ 1 = oui ; 2 = Non

Q12 – Qualité des C P N selon le nombre----/____/1= bonne (4) ; 2 = Mauvaise (inf à 4)
Q13 – Nombre de fœtus -----/____/ 1 = unique ; 2 = multiple

Examen clinique :

Q14 – Age (en SA) de la grossesse en tout début de travail-----/____/ 1 = < 28 SA ; 2=28-36SA ; 3 = > 36SA

Q15 – Cause du Travail-----/____/ 1 = Physiologique ; 2 = autre.

Q16 – Hauteur uterine (cm) /____/ 1 = inf à 36 ; 2 = sup ou égale à 36

Q17 – Bruit de cœur foetal (bat par mn)- /____/ 1 = inf à 120 ; 2 = 120-160 ; 3 = > à 160

Q18 – Mode de Presentation -----/____/ 1 = Complet, 2 = decompété

Q19 – Variété de Presentation-----/____/ 1 = SIGA ; 2 = SIDA ; 3 = SIGP ; 4 = SIDP

Q20 – Niveau d'engagement-----/____/ 1 = Engagée ; 2 = Non

Q21 – A quelle Phase le travail s'est termine-----/____/ 1 = Latence ; 2 = active.

Q22 – Durée du travail (en h) ----/____/ 1 = inf à 12 h ; 2 = sup à 12 h

Q23- Durée de l'Expulsion (en mn) --- /____/ 1 = inf à 45 ; 2 = sup à 45

Q24 – Dechirure des parties molles -----/____/ 1 = oui , 2 = Non

Q25 – Hemorragie après la delivrance-----/____/ 1 = oui , 2 = Non

Examen Complementaire :

Q26 – Echographie du 3èm trimestre ----- /____/ 1 = oui ; 2 = Non

Q27 – Anomalies à l'Echographie-----/____/ 1 = Myome , 2 = kyste de l'ovaire , 3 = Placenta basin céré ; 4 = hydramnios ,5 = Hydrocephalie ,6 = Malformation foetal – 7 = oligoamnios ;8 = autres Nouveau- Né Q28 – Poids (g)---- /____/ 1= inf 2000 ; 2 = 2000-2500 ; 3 = sup à 2500

Q29 – Taille (cm)----- /____/ 1 = inf à 47 cm ; 2 Sup ou égale à 47cm

Q30 – Apagar-----/____/ 1 = 0 ; 2=0-7 ; 3 = >7

Q31 – Sexe----/____/ 1= masculin ; 2 = feminin

Q32- Reanimé ---- /____/ 1= oui ; 2 = Non

Q33- Longueur du cordon (cm) ---- /____/ 1 = inf à 35 ; 2 = sup à 35 cm

Q34-Complication ----/____/ 1 = Prematurité 2 = Malformation , 3-Autres

Q35- Perimetre cranien(en cm) ---- /____/ 1= ≤ 32 ; 2 = 33 – 36 ; 3 = > 36

Q36- Issue néonatale-----/____/ 1= Vivant ; 2 = mort

Q37- Mort-né-----/____/ 1= Macéré ; 2 = Non

Q38- Cause de la mort foetale----/____/ 1 = Retention de la tête dernière ;2 =
Autres Problème funiculaire :

Q39-Circulaire au cou -----/____/ 1 = oui,2 = Non

Q40-Bretelle -----/____/ 1 = oui 2 = Non

Q41- Placenta bas inseré-----/____/ 1 = oui ; 2 = Non

Q42- Procidence du cordon -----/____/ 1 = oui ; 2 = Non

Q43-Autre-----/____/ 1= oui ; 2 = Non

Conduite à tenir

Q44- Episiotomie-----/____/ 1= oui, 2 = Non

Q45- Manœuvre -/____/ ; 1 = Brach ; 2 = Mauriceau, 3 = Lovset ; 4 Vermelin ;5
= Autres

Q46- Césarienne- ----/____/ 1 = oui ; 2 = Non

Q47- Voie d'accouchement -----/____/ ;1 = Basse ; 2 = haute Q48- Application
du Forceps sur tête dernière-----/____/ 1 = oui ; 2 = Non Q49- Décés
maternel-----/____/ 1 oui , 2 = Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Timbo

Prénom : Baba dit Mamadou

Date et lieu de naissance : 14 Décembre 1992 à Niono

Nationalité : Malienne

Titre : Accouchement du siège chez la primipare versus chez multipare en présentation du siège : pronostic fœtal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

E-mail : mamadoutmbo@gmail.com

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé : l'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic materno-foetale et néonatal de l'accouchement du siège chez les primipares versus chez les multipares.

Nous avons mené une étude rétrospective transversale comparant deux groupes. Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako afin d'apprécier le pronostic maternel, fœtal et néonatal chez les patientes avec fœtus en présentation de siège chez les primipares. La fréquence de l'accouchement du siège est de 3,02% de l'ensemble des accouchements durant notre période d'étude. Le type de présentation le plus fréquent était le siège décomplété avec 60,4% des cas. Les accouchements par voie basse représentent 63,4 % et 36,6 % des enfants sont nés par voie haute. La morbidité néonatale était de 25,7% chez les patientes du G1 contre 15,8% chez celles du G2.

Mots clés : accouchement, siège, primipare, pronostic fœtal et néonatal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le jure