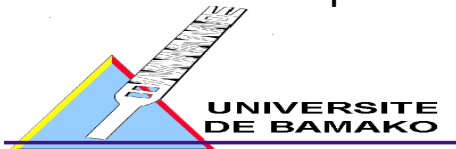


Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire : 2012-2013

N°...../

**PRONOSTICS FŒTO-MATERNELS DES ACCOUCHEMENTS EN
PRESENTATION DU SIEGE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE ET
D'OBSTETRIQUE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
MAJOR MOUSSA DIAKITE DE KATI**

**Présentée et soutenue publiquement le /...../.....
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par : M. Adama Sékouba SIDIBE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

Président : Pr. Salif DIAKITE

Membre: Dr. Tioukani THERA

Co-directeur: Dr. Konimba KONE

Directeur: Pr. Issa DIARRA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces :

Je rends grâce à DIEU

Le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux, de m'avoir guidé et assisté tout au long de mes études. Qu'il donne à mes oreilles la patience d'écouter, à mes lèvres les mots qui réconfortent, et à mon esprit le désir de partager **Amen !**

Je dédie ce modeste travail...

A mon père : Feu Sekouba SIDIBE Vous étiez toujours prêt à tout sacrifier pour que nous devenions meilleurs.

Comme vous auriez aimé voir ce jour, mais hélas nul ne peut résister à la volonté divine. Cependant aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance.

Cher père, nous ferons de sorte que votre idée se perpétue.

Dormez en paix cher père.

A ma mère: Durant toutes ces années, vous m'avez soutenu à travers vos prières, bénédictions et encouragements. Tout le plaisir est pour moi de vous présenter ce travail le fruit de tant d'efforts et sacrifices. Que le tout Puissant vous accorde santé, longévité afin que nous profitons encore de votre chaleur et de votre amour. Laissez-moi vous dire tout simplement Maman, je vous AIME. Soyez fière de votre fils.

A mes oncles: baba Saidou DIARRA, tonton Issa DIARRA, tonton Adama DIARRA, tonton Moussa DIARRA vous vous êtes sacrifiés pour nous donner un foyer quand nous en avons le plus besoin, une éducation exemplaire et nous préserver des vicissitudes de la vie. Acceptez ce travail comme le fruit de vos efforts et comme présent en témoignage de notre indéfectible affection et reconnaissance pour tous ce dont vous avez fait pour nous, que le bon dieu vous paye pour votre générosité.

A mes tantes : tanti Fily DIARRA, Djenebou KONE, Korotoumou DRABO, Mariam DIAKITE , Sogona TRAORE, Fatoumata DIARRA

Vous avez été plus qu'une mère pour nous. Braves femmes, femmes dévouées, courageuses, croyantes et généreuses. Vous nous avez toujours rassurés, et réconfortés. Nous vous aimons beaucoup ; que Dieu vous donne une longue vie pleine de santé et de bonheur Amen !

A mes frères et sœurs.

A ma grande mère : feu Kankou CAMARA

A mes cousins et neveux.

Remerciements :

A mes tontons et familles : feu Daouda OUEDRAOGO et famille à Kati coura, la famille HAIDARA à Daoudabougou, famille DIARRA

Vous m'avez accueilli chez vous comme un fils. Acceptez ce travail comme le témoignage de notre indéfectible reconnaissance.

A la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

A tout le personnel du CS Réf de Kati.

Aux Gynéco- Obstétriciens du CS Réf de Kati: Dr Abdrahamane DIABATE, Dr Konimba KONE

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

A tous les anciens de la maternité de Kati.

Au personnel du bloc opératoire et aux anesthésistes.

A mes aînés :Dr Kibili KANOUTE , Dr Ileas GUINDO, Dr Luc SIDIBE, Dr Broulaye DIARRA

A mes collègues internes de Kati: Daouda COULIBALY, Adama TRAORE ,Mory BENGALY ,Mamadou DIAKITE.

A tous mes amis : Particulièrement Alhassana TRAORE merci pour votre soutien et accepter ce travail en témoignage de mon amitié indéfectible

A la 4^{ème} promotion du numerus clausus.

A l'association : Santé plus

A mes cadets du service. Courage et bonne chance

Soyez tous remerciés pour votre soutien.

A Dr Abdrahamane DIABATE : ce travail est le fruit de votre volonté et disponibilité. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute des autres. Merci pour l'encadrement et la formation reçus.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury :

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY.

PROFESSEUR SALIF DIAKITÉ

☞ **PROFESSEUR HONORAIRE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO.**

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

Honorable maître, nous avons bénéficié auprès de vous d'un enseignement de qualité.

La simplicité, la probité, l'assiduité, le courage, la disponibilité, le sens social élevé, et surtout le souci du travail bien fait sont des qualités irréfutables que vous incarnez et qui ont forcé notre estime et notre admiration.

Veillez accepter, cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous. Amen !!!

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

DOCTEUR TIOUNKANI THÉRA

☞ **MAÎTRE ASSISTANT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMPOS) ;**

☞ **GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DU POINT-G ;**

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de
siéger dans ce jury.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités
de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre
dynamisme faisant de vous un maître admiré et respecté.

Recevez ici notre reconnaissance et notre plus grand respect.

Puisse le seigneur nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force,
le courage et la chance de suivre vos pas.

A notre maitre et co-directeur :

Docteur Konimba KONE,

Gynécologue obstétricien au CS Réf de Kati

Cher maitre,

Votre assiduité dans le travail, votre rigueur scientifique et votre disponibilité sont des valeurs à imiter. Votre souci pour le travail bien fait fait de vous un grand maitre admiré de tous. Nous tenons à vous gratifier de notre sincère reconnaissance pour tout l'enseignement reçu. Qu'Allah vous accorde une longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur DIARRA Issa

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique**
- **Maître de conférences en gynécologie et d'obstétrique**
- **Médecin Colonel major de l'armée malienne**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**
- **Ancien directeur central des services de santé des armées**
- **Haut fonctionnaire de défense au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.**

Cher maître,

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

Votre abord facile, votre grande disponibilité, votre rigueur scientifique associés à vos immenses qualités humaines font de vous un maître respecté et admirable.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

BDCF : Bruit du cœur foetal

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPN : Consultation prénatale

CSREF : centre de santé de référence

DCD : Décès

EFF : Effectif

Fig : Figure

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

IC : Intervalle de confiance à 95 pour cent

IM : Intra musculaire

IMC : indice de masse corporel

IV : Intra veineuse

n : Nombre de l'échantillon

Nné : nouveau né

PF: Planning familial

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance foetale aiguë

SIDA : Sacro-iliaque droite antérieure

SIDP : Sacro-iliaque droite postérieure

SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieure

SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieure

≤ : Inférieur ou égale

≥ : Supérieur ou égale

% : Pourcentage

SOMMAIRE

SOMMAIRE:	vI
I. INTRODUCTION:.....	2
II. OBJECTIFS :	4
1- Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :	4
III. GENERALITES :	6
1. Définition :	6
2. Historique :	7
3. Fréquence :	9
4. Etiologie :	9
5. Diagnostic :	13
6. Accouchement :	17
7. Particularité physiologique :	22
8. Anomalies de l'accouchement :	23
9. Pronostic :	24
10. Conduite à tenir :	36
IV. MEHTODOLOGIE :	44
1. Cadre d'étude :	44
2. Type d'étude :	51
3. Période d'étude :	51
4. Population d'étude :	51
5. Echantillonnage :	51
6. Traitement et analyse des données :	52
V. RESULTATS :	54
1. Fréquence :	54
2. Résultats descriptifs :	54
3. Résultats analytiques :	69
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:	79

1.	Difficultés et limites:	79
2.	Fréquence :	79
VII.	CONCLUSION :.....	87
VIII.	RECOMMANDATIONS :	89
1.	Aux prestataires:	89
2.	Aux autorités :.....	89
2.	Aux gestantes et parturientes:.....	89

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION:

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente en premier dans l'aire du détroit supérieur. C'est la plus fréquente des présentations irrégulières. L'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie entre 3 à 4,2% ^[1].

En Afrique : elle varie de 1,52 à 5,4% ^[2].

Au Mali, en 2005 Koné M. ^[3] avait trouvé en deux ans une fréquence de 2,74% de l'ensemble des accouchements au CHU Gabriel Touré. La présentation du siège, aussi vieille que l'humanité reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique moderne. Il convient d'apprécier les risques de cette présentation et de décider quelle est, parmi les solutions proposées, l'attitude la plus apte à satisfaire à la fois les intérêts de la mère et de l'enfant.

Il s'agit d'un accouchement à haut risque de mortalité et de morbidité foeto-maternelle à cause de son caractère potentiellement « dystocique ». Par conséquent, une situation préoccupante pour l'équipe obstétricale ^[1]. L'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège serait associé à une augmentation du risque de mortalité périnatale. Dès 1951 WRIGHT préconisait la césarienne systématique afin de réduire le taux de morbidité et mortalité périnatale 4-6 fois supérieure à la présentation du sommet ^[4]. Cette attitude était très polémique à l'époque compte tenue du risque lié à la surmortalité et morbidité de la césarienne. Les conditions d'accouchement sont nettement meilleures actuellement, pourtant l'abondance de la littérature sur le pronostic périnatal relance encore les débats entre les partisans de la césarienne systématique et les partisans de la voie basse en cas de présentation de siège ^[5, 6, 7]. Cette divergence empêche de définir une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège. Dans les pays en développement, en plus du problème de pronostic lié à l'accouchement, la présentation du siège pose aussi le problème de diagnostic, du suivi de la grossesse compte tenue du déficit en infrastructure sanitaire et personnel médical qualifié ^[3]. L'absence d'étude antérieure faite sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé ce travail dont les objectifs sont ci-dessous.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1- Objectif général :

Etudier l'accouchement en présentation du siège au service de Gynécologie et d'Obstétrique au centre de sante de référence de Kati.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements du siège au centre de sante de référence de Kati;
- Etablir le profil sociodémographique des gestantes et ou parturientes
- Déterminer la voie et le mode d'accouchement dans la présentation du siège ;
- Déterminer les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement du siège.

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Définition :

La présentation du siège ou podalique est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente en premier dans l'aire du détroit supérieur ^[1]. Il s'agit d'une présentation théoriquement eutocique. Mais cette eutocie est moins assurée que celle du sommet.

On décrit deux modalités principales dans la présentation du siège

a. Le siège complet:

Lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen.

Il semble être assis « en tailleur ». Ainsi les membres inférieurs sont repliés devant la présentation, dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.

b. Le siège décomplété mode des fesses :

Lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totale de sorte que les pieds sont à la hauteur de la tête du fœtus. Ainsi les fesses sont à elles seules toute la présentation. Cette variété est la plus fréquente.

c. **Le siège décomplété mode des genoux:** appelé « footing breech » par les auteurs américains, où les membres inférieurs sémi-fléchies sous le siège constituent une source de complication. Il est plus rare mais de mauvais pronostic.

d. **Le siège décomplété mode des pieds où le fœtus:** est debout dans l'utérus.

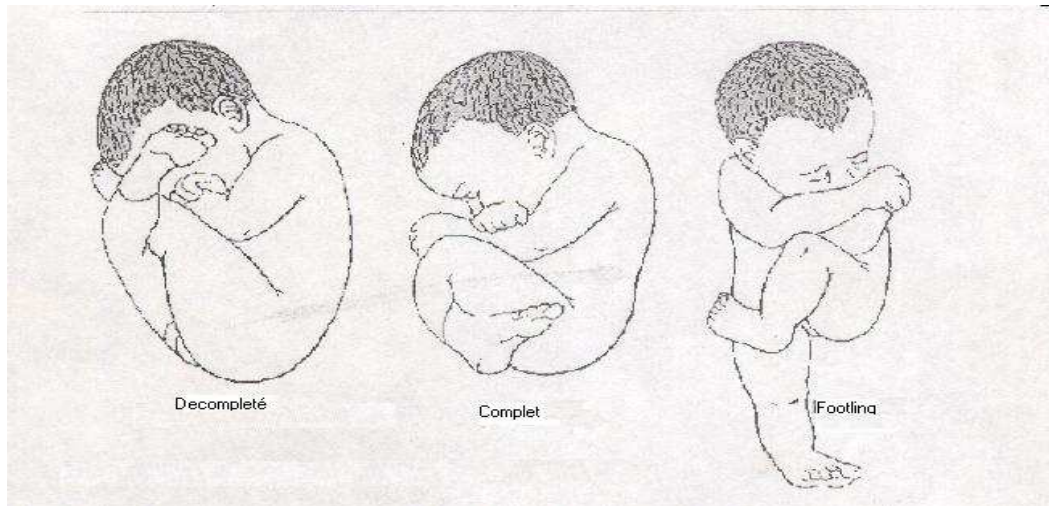


Fig1 : différents modes de présentation de siège [8]

On distingue quatre variétés de positions : le sacrum étant pris comme repère, on note par ordre de fréquence les :

- Sacro-iliaque gauche antérieur (SIGA)
- Sacro-iliaque droite postérieur (SIDP)
- Sacro-iliaque gauche postérieur (SIGP)
- Sacro-iliaque droite antérieur (SIDA)

2. Historique :

Hippocrate explique l'accouchement céphalique normal par les mouvements du fœtus. Poussé par la faim, il quitte l'utérus en arc boutant ses pieds contre le fond utérin [9].

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

- **En 1550 : Ambroise Paré recommande la version podalique ;**
- **En 1668 : François Mauriceau décrit la manœuvre de dégagement de la tête dernière ;**
- **En 1743 : Jacques Mesnard et en 1748 Smellie utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière.**

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

Il doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire [10].

Au début du **XX^{ème}** siècle la plupart des auteurs estiment la présentation du siège justiciable d'une intervention obstétricale.

- **En 1937 : Lovset promut l'abaissement prophylactique du pied, la grande extraction, et le dégagement des bras.**
- **En 1938 : Bracht réagit devant cette attitude et préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il présente sa manœuvre comme une réaction contre « le nombre et la précocité des interventions » tenus pour responsables du taux élevé de la mortalité fœtale au cours des présentations du siège.**
- **En 1948 : les auteurs Nancéens Vermelin et Ribon défendent une abstention encore plus absolue. A leur suite on se montre beaucoup moins interventionniste, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête pour lequel on continua de pratiquer des gestes d'accompagnement.**
- ✓ **En 1959 : R C Wright aux USA présente la « césarienne systématique » comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatale.**
- ✓ **En 1975 : Kubli en Allemagne soutient que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose survenant lors de l'expulsion par voie basse. Il prit soin de préciser le manque de données sur l'acidose fœtale et les séquelles chez l'enfant.**

Ses travaux ont marqué l'obstétrique allemande, Le taux de césarienne pour siège a connu une hausse spectaculaire.

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

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

❖ **En 1983 : Gimovsky prône lui aussi l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison de la morbidité néonatale comparable.**

Bodmer et coll. font une étude sur les sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas la condition des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhées ou moins.

3. Fréquence :

La présentation du siège est moins fréquente que celle du sommet mais plus fréquente que celles de la face et de l'épaule ^[3]. Sa fréquence varie essentiellement en fonction du terme de la grossesse ^[11]. Sa fréquence globale est de 3 à 4% à terme ^[1]. Avant le début du travail, les présentations de siège complet et décomplété sont de fréquence sensiblement égale ; mais beaucoup deviennent décomplètes au cours de l'accouchement.

Le siège décomplété modes des fesses représente les 2/3 des cas. Il domine chez les primipares, reste plus fréquent chez les multipares ^[3].

4. Etiologie :

L'hypothèse de « la culbute physiologique » est fréquemment employée pour expliquer la fréquence des accouchements céphaliques. Le fœtus, animé de ses mouvements propres, cherche à s'accommoder de la meilleure des façons à l'utérus gravide. Il place donc sa plus grande extrémité dans la portion la plus volumineuse de l'utérus gravide c'est-à-dire le font utérin. Si au début du premier trimestre c'est souvent le pôle céphalique qui représente la portion fœtale la plus volumineuse, avec l'avancement de la grossesse, c'est le siège qui le devient. ^[12] Pour que le siège se place en bas, il faut, si le fœtus est bien constitué, une anomalie primitive ou acquise de la forme de la cavité utérine, ou un excès de liquide amniotique suffisant pour rendre précaire l'adaptation du fœtus à son contenant. En somme, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation.

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

- ❖ **L'hypotonie utérine de certains multipares ;**
- ❖ **L'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares ;**

Un élément surajouté qui inverse les rapports de volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus, ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios) ^[1]. Cependant dans plus de 50% des cas, aucune anomalie n'est retrouvée pour expliquer ce type de présentation ^[12].

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

- ❖ **Causes maternelles :** Elles sont congénitales ou acquises
- ❖ **Causes congénitales :**

L'hypoplasie utérine avec cavité cylindrique et hypertonique s'oppose à la mutation physiologique. Elle favorise le siège décomplété ou mode des fesses ^[13].

Certaines malformations utérines (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) modifiant les axes intra-utérins sont responsables des présentations podaliques récidivantes dont la fréquence atteint 8%. La pratique de l'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les relever ^[3].

- ❖ **Causes acquises :**

L'utérus de la multipare, fibreux, hypotonique, trop vaste ne pouvant plus agir sur le mobile fœtal, favorise la présentation podalique.

Le trouble de l'accommodation est dû au relâchement des parois utérines.

Dans une cavité vaste et complaisante, toutes les accommodations sont possibles.

L'hypotrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués, d'autres sont étroits et cylindriques, le fond n'est pas

plus large que le bas et leur paroi manque de souplesse. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement.

Si non on peut observer, comme dans les malformations des présentations podaliques récidivantes ^[1].

La primipare âgée qui a une hypertonie utérine est une candidate au siège décomplété. Les tumeurs intrinsèques (fibromes du fond utérin) qui déforment la cavité utérine altèrent la qualité physique et les valeurs fonctionnelles du myomètre favorisant ainsi la présentation du siège. Les tumeurs extrinsèques (kyste de l'ovaire, fibromes pédiculés sous séreux) sont également citées.

Le rétrécissement pelvien dont l'influence est théoriquement possible, quoique peu importante en pratique, pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale ^[3].

❖ **Causes ovulaires :**

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

❖ **Les anomalies du liquide amniotique :**

L'insuffisance ou l'excès du liquide amniotique peut intervenir directement.

Mais il faut toujours rechercher s'ils ne sont pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de Potter, hydramnios de la trisomie ^[14].

L'hydramnios agit en gênant toute accommodation ^[1]. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus ^[15].

❖ **La brièveté du cordon:**

Elle est essentielle ou secondaire à des circulaires ou bretelles.

Caractéristique propre de la présentation du siège par rapport au sommet, elle peut empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du septième mois de la grossesse.

❖ **Le placenta bas inséré :**

Il peut constituer un obstacle à la loi d'accommodation.

❖ **Causes fœtales :**

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

La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège ^[3].

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

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

La modalité de la présentation est dans tous les cas soit le siège complet, soit le siège décomplété ^[1].

Cette fréquence de malformation mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique. Les auteurs surtout américains considérant cette fréquence et celle des morts in utero, suggèrent que dans nombre de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité » ^[15]. Ceci entraînerait une diminution de l'activité fœtale, cause de l'absence de mutation spontanée et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations du sommet et pourrait expliquer les séquelles mineures décrites chez les enfants nés par le siège, quel qu'ait été le mode d'accouchement ^[16]. Plusieurs éléments expliquent cette possible notion de fœtus de « moindre qualité » :

Le poids fœtal inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation du sommet ; la position du fœtus est un facteur prédictif des lésions neurologiques anténatales sévères ; hyper-extension de la tête dernière : elle est une des conséquences de la présentation et fait alors obstacle à toute version spontanée ou provoquée maintenant le fœtus dans une attitude défavorable.

Elle résulte d'une hyper lordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et que la nuque vient au contact du dos.

Elle fut au début considérée comme une particularité ne contre-indiquant pas la voie basse. Mais très vite on lui reprochait certaines lésions médullaires observées à la suite de l'accouchement par le siège.

Le risque que cette attitude fait courir au fœtus est considérable en cas d'accouchement par les voies naturelles puisqu'il semble que, ce sont les contractions utérines du travail qui accentuent l'hyper-extension et causent des lésions médullaires qui sont surtout représentées par des sections médullaires complètes ou incomplètes, les hémorragies cérébro-méningées et les décès par asphyxie. Aucune lésion grave n'est signalée dans les accouchements par voie haute.

A côté de ce risque considérable pour le fœtus en cas d'accouchement par voie basse, des lésions pouvant se constituer in utero (élongation médullaire, fractures vertébrales) ont été observées chez les enfants nés par césarienne ^[3].

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

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

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

5. Diagnostic :

a. Diagnostic pendant la grossesse :

Même si le diagnostic est fait par l'échographie systématique, il faut savoir faire le diagnostic clinique d'une présentation du siège car certaines présentations se retournent chez la multipare. De façon idéale, le diagnostic de présentation podalique au troisième trimestre de la grossesse doit être fait avant le début du travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement.

❖ **Examen clinique :**

- **Anamnèse :**

L'étude des antécédents obstétricaux peut révéler un ou des accouchements en présentation du siège. La notion de fibrome utérin pré-existant à la grossesse peut également être connue.

Une gêne, voire une douleur sous-costale, est volontiers signaler par les patientes, liée à la compression locale exercée par la tête ^[1].

- **L'inspection :**

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

- **Palpation :**

Elle doit toujours être exécutée avec attention car elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic.

Le palper bi manuel doit être méthodique. Le pôle foetal situé au dessous du détroit supérieur est assez volumineux, de contours irréguliers et de consistance plus ou moins molle quant le siège est complet. Le siège décomplété donne accès à un pôle plus rond, plus ferme et il peut parfois être difficile de faire la différence avec un pôle céphalique.

Au fond utérin, on trouve un pôle dur, régulier, arrondi, qui ballotte d'une main à l'autre et correspondant au pôle céphalique.

La palpation révèle entre le dos (plan convexe, uniforme et régulier) et le pôle céphalique une dépression : sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance.

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 ^[1].

- **Auscultation :**

Le foyer maximum des battements du cœur est haut situé dans la région péri-ombilicale, voire sus-ombilicale.

- **Toucher vaginal :**

Le siège complet est perçu à bout de doigt, au dessus du détroit supérieur.

Le segment inférieur est épais et mal formé.

Le siège décomplété est assez souvent engagé. Le segment inférieur est bien formé. La confusion avec le céphalique est possible.

On aurait tort de penser en effet, que le diagnostic de la présentation du siège est toujours facile. L'épaisseur de la paroi, l'absence de ballottement céphalique lorsque la tête est située dans une corne, le ballottement pelvien anormal peuvent conduire à l'erreur ^[1].

L'exploration du bassin complétée par une radiographie, prend une importance toute particulière.

❖ **Examens complémentaires :**

La radiographie du contenu utérin, ou mieux une échographie permet de confirmer le diagnostic et participe au recueil des facteurs pronostiques pour décider la voie d'accouchement. Elle a l'avantage d'aider à l'estimation du poids foetal ^[1].

b. Diagnostic pendant le travail:

Ce diagnostic repose principalement sur les données du toucher vaginal.

❖ **Diagnostic avant la rupture des membranes :**

Il faut être prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément important dans la dilatation cervicale et dont on évitera la rupture avant 8cm de la dilatation. Il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions :

Une présentation molle, sans une suture ni fontanelle, présentant un relief osseux à l'une des extrémités (la pyramide sacrée), signe d'un siège décomplété ;

Une présentation plus irrégulière comportant des petits membres (pieds), signe d'un siège complet.

❖ **Diagnostic après la rupture des membranes :**

Le diagnostic est plus facile, précisant également le mode et la variété de position ^[3]. On perçoit une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier centré par un orifice : l'anus

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

Dans le siège décomplété mode de fesse, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, plus nettes ayant plus ou moins pénétré dans le pelvis, séparées par un sillon : Le pli inter-fessier ^[3].

En cours de travail la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie ^[1].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

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

On peut faire recours à l'échographie ou à la radiographie, même pendant le travail lorsque les conditions le permettent ^[1].

Pour la précision de la variété de position, le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli inter-fessier ^[17]. 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 décrites :

- **Les variétés antérieures :**

. Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA),

. Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA),

- **Les variétés postérieures :**

. Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP),

. Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP).

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

6. Accouchement :

a. Phénomènes mécaniques :

Alors que, dans la présentation céphalique, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège ^[1] : celui du siège, celui des épaules, celui de la tête dernière.

Le volume de ces trois segments foetaux 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.

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. Enfin la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc à la tête dernière dont la compatibilité avec le bassin doit être correctement estimée sous peine d'une dystocie qui n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites. 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 ^[8].

❖ **L'accouchement du siège :**

- **Engagement :**

Il est précédé d'une rotation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacro-tibial ^[3]. Ce diamètre bi trochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir.

Le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur.

L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet ^[1].

- **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 bi trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur ^[8, 18]. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure, la rotation se fait en arrière; s'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure la rotation se fait en avant.

De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin.

La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure se cale sous la symphyse ^[16].

- **Dégagement :**

La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire ^[1]. Ce mouvement

d'enroulement autour de la symphyse pubienne qui amène le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres soient libérés.

Ce mouvement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est plus difficile dans le siège décomplété voire spectaculaire car 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.

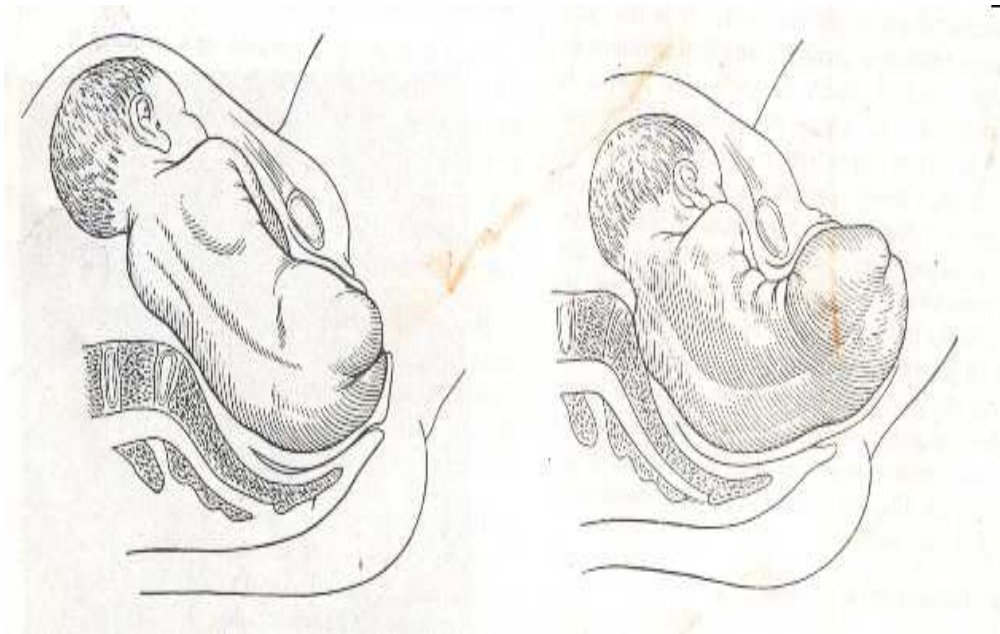


Fig.2 : Mécanismes de l'accouchement dans le siège des épaules ^[1]

Fig.3 : Accouchement

❖ **Accouchement des épaules :**

- **Engagement :**

Il est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur. Soit dans le même que celui qu'a

emprunté le bitrochantérien celui-ci ayant fait hors la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière. Soit dans l'oblique opposé, lorsqu'il s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement en spire qui amènera le dos en avant.

- **Descente et rotation :**

Elles sont simultanées ou successives. La rotation amène le bi-acromial dans le diamètre transverse successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombant l'un après l'autre hors de la vulve, pendant que le dos est orienté en avant ^[1].

❖ **Accouchement de la tête dernière :**

- **Engagement :**

Il est précédé d'une rotation de sorte que son plus grand diamètre occupe le diamètre oblique perpendiculaire à celui qu'avaient utilisé les épaules, et surtout d'une flexion faisant aborder le détroit supérieur suivant le diamètre sous occipito-frontal (11 cm). Cet engagement se fait en même temps que la descente et le dégagement des épaules avec l'occiput en avant. En revanche la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage ^[3].

- **Descente et rotation :**

Dans l'excavation elle descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place sous la symphyse pubienne.

- **Dégagement :**

Le sous-occiput prend le point d'appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement, la face, le front, le crâne se dégagent successivement dans la commissure postérieure.

b. Phénomènes plastiques et dynamiques:

❖ **Phénomènes plastiques :**

Ces phénomènes sont marqués chez les enfants nés par le siège 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 dolicocephale transitoire ; L'atrophie osseuse, musculaire ou ligamentaire qui est plus grave, va persister et entraîner des séquelles nécessitant des traitements.

Ces lésions atrophiques sont entre autre :

- l'atrophie de l'angle maxillaire inférieur plus fréquente, qu'accompagne souvent un torticolis congénital ou même une paralysie faciale homolatérale due à l'attitude inclinée de la tête sur l'épaule correspondante ;
- l'aplasie de l'un des deux cotyles de l'articulation coxo-fémorale due à l'attitude prolongée en hyper flexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété, qui 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.

❖ **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 Demélin.

La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans la présentation du sommet^[17, 18].

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

Elle est l'expression soit d'une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit d'une dystocie mécanique qu'il importe de préciser ^[17].

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 ^[3].

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 ^[8] : la rétention de la tête dans l'excavation, variété relativement moins grave et facile à traiter ; la rétention de la tête dernière au détroit supérieur qui est au contraire de la plus haute gravité où les risques sont ici plus réels pour le fœtus. Elle est liée à une disproportion fœto-pelvienne soit par excès de volume fœtal, soit par rétrécissement pelvien méconnu.

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

7. Particularité physiologique :

Dans la présentation du siège, la façon dont sont disposés le corps et les annexes du fœtus favorise les perturbations au niveau de la circulation fœtaux-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 fœtaux-placentaires sont réduits sinon interrompus ». Mais les enregistrements continus du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence les faits très importants : l'existence constante au

cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme parfois plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration ^[16]. 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 ^[1].

8. Anomalies de l'accouchement :

Lorsqu'aucun accouchement n'est sans risque en général, celui par le siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies. Ces anomalies même banales, revêtent une particulière importance car elles n'ont que trop tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications ^[16].

➤ **La rupture prématurée des membranes :**

Elle est deux fois plus fréquente que dans la présentation céphalique notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences des membres et/ou du cordon, et est souvent associée à des anomalies de la dilatation. Ses conséquences sont parfois fâcheuses puisque LACOMME en 1956 voyait dans ce cas doublée la mortalité périnatale.

➤ **Dystocie dynamique :**

Qu'il s'agisse d'anomalie par excès ou par défaut, elle risque de créer en plus de leurs effets habituels, des conditions très défavorables pour l'expulsion :

dilatation incomplète, contraction de médiocre qualité qui à leur tour favorisent le relèvement des bras et la rétention de la tête dernière.

➤ **Procidence du cordon :**

Elle est beaucoup plus fréquente surtout dans les sièges complets, chez la primipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serait d'un meilleur

pronostic que dans les présentations céphaliques. Cette moindre nocivité qui était une notion classique « la compression funiculaire y était plus rare » est plus contestée par deux remarques: le siège décomplété mode de fesse est aussi dangereux que le sommet ; et même dans le siège complet la bénignité n'est que relative puisque le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail. Quoi qu'il en soit la procidence du cordon exige une solution rapide et le fait qu'elle soit un peu mieux tolérée permet le temps d'apporter un traitement adéquat ^[19].

➤ **Anomalies mécaniques pendant l'expulsion :**

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

Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper-extension primitive de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée est nécessaire pour la réduction de ces anomalies ^[6].

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

La possibilité de l'existence d'un « bras nuchal » ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications comme l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsion néonatale nécessitent la réalisation d'une étude radiologique du fœtus en début du travail et d'indiquer une césarienne dès qu'on constate la malposition ^[16].

9. Pronostic :

La présentation par le siège comporte un risque plus élevé de difficulté pour la mère et pour l'enfant, risque de morbidité et de mortalité. La plupart des auteurs s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalité considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique, ne

présentant pas de différence significative du point de vue pronostic tant chez la primipare que chez la multipare.

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.

a. Pronostic maternel :

❖ 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 dans les cas bien surveillés et bien conduits 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.

❖ 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 des présentations du siège, il en résulte une augmentation secondaire inévitable pour deux raisons ^[18] : 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 ^[20]. 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 ; que le risque de rupture utérine existe et mettra de nouveau la vie de la mère en danger lors d'une prochaine grossesse, ainsi que celle de son futur enfant ; que la taille de la famille sera limitée par l'existence même de la première cicatrice utérine.

D'autres complications morbides se trouvent greffer à la césarienne : manifestations thromboemboliques, infections pariétales, iléus paralytiques, péritonites, plaies vésicales et d'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 ^[16].

b. Pronostic fœtal :

Si aucun accouchement ne se présente « mathématiquement sans risque » ; l'accouchement en présentation par le siège est particulièrement exposé.

Afin d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru un moment une solution incontournable, d'ailleurs prônée encore récemment par certains ^[21].

Toutefois, au delà d'un certain seuil il semble que le bénéfice néonatal soit inexistant ^[21] alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelles.

❖ Mortalité :

Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée.

La mortalité périnatale globale dans la présentation du siège représente environ 4,2% ^[1]. Elle est due à trois sortes d'accidents : des morts fœtales in utero, sans causes évidentes, dix fois plus fréquentes que dans les

présentations céphaliques sont possibles. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de moindre qualité, dans certains cas des présentations de siège ; des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraîne plutôt des morts néonatales ; une mortalité obstétricale directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement.

❖ **Morbidité :**

Elle doit être prise d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement, car dans la mesure où la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance de sorte que certains pensent qu'il est difficile de mettre toutes les chances de son côté quand on entre dans la vie en reculant ^[20].

❖ **Les accidents immédiats :**

Pour les néonatalogues la complication essentielle reste l'asphyxie néonatale avec son cortège habituel ^[22]. Elle peut être due soit à une dystocie (relèvement des bras) soit à une hyper extension de la tête elle même favorisée par le circulaire du cordon ou une hypertonie congénitale des muscles du cou.

L'asphyxie se définit par un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute associée à une acidose mixte métabolique et respiratoire et avec des difficultés de mise en route de la respiration et du tonus ^[22].

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 neuromatrices sévères sont possibles.

Un traumatisme vrai peut exister à l'état pur ou plus souvent associé à l'anoxie.

On recherchera soigneusement une paralysie du plexus brachial, une fracture de la clavicule, une luxation de la hanche, une fracture du crâne et le fréquent hématome sous durale liée 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 ^[23]. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes chez ces enfants surtout d'âge scolaire sont essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire dont certains pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie foetale qu'une cause ^[3]. L'avenir neurologique et l'encéphalopathie ischémique anoxique sont corrolées à la gravité de la souffrance néonatale. Les grandes lignes sont très schématiquement les suivantes :

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

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

A cette question les études sont très contradictoires. Quoiqu'il en soit, la lecture de la littérature montre en évidence que la mortalité et la morbidité maternelles sont majorées par la voie haute.

Pour l'enfant il semble bien que l'augmentation des césariennes au delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes si les sièges

acceptés par la voie basse sont bien choisis les risques ne seront pas majorés [1].

c. 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 l'opération césarienne. Pour cette raison l'étude des éléments du pronostic avant et pendant la grossesse, avant et pendant l'expulsion vise à mieux apprécier le risque fœtal et qui conduirait dans l'idéal au choix de la voie d'accouchement. Il est habituel de classer les paramètres selon qu'ils existent avant la grossesse ou qu'ils apparaissent au cours de la grossesse, du travail ou de l'expulsion.

❖ 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 [8]. Les études montrent que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée.

- L'âge maternel :

Lorsqu'elle est primipare, 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 [9].

- Cicatrices utérines :

Qu'elles soient traumatiques ou postopératoires sont un élément défavorable pour la voie basse. Elles sont pratiquement, puisqu'il s'agit d'une présentation de siège, l'indication d'une césarienne.

- **Les anomalies des parties molles :**

Les anomalies congénitales, vulvo-vaginales ou périnéales font craindre une dystocie à la partie ultime de l'expulsion.

En effet, leur souplesse conditionne la dernière partie de l'expulsion et en particulier celle de la tête dernière.

❖ **Eléments paraissant 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'accouchement spontané diminue et le nombre d'opération césarienne augmente et ainsi que le risque maternel ^[9].

Le poids idéal se situe entre 2500 et 3000 g voir 3500 g, où s'observe le maximum d'accouchement spontané et le minimum d'accident ^[24, 13].

Son appréciation peut se faire par la clinique : une bonne mesure attentive de la hauteur utérine garde toute sa valeur ; l'échographie : elle apporte de meilleur renseignement par la mesure de la circonférence abdominale et surtout du diamètre bipariétal et transverse abdominal. Le macrosome se caractérise par un diamètre bipariétal supérieur ou égal à 100 mm.

- **Variété du siège :**

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 césarienne ^[8]. Car on y rencontre un nombre fréquent d'accident 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) :**

Les RPM sont un facteur de mauvaise dynamique cervicale ; ce qui confirme le rôle de la poche des eaux sur la dilatation. Cependant plus le moment est prématuré ou précoce, plus le nombre de césarienne est élevé.

- **Disproportion fœto-pelvienne :**

La radiopelvimétrie, le contenu utérin, la céphalométrie ultrasonique concourent à apprécier les variations pelviennes, les gros fœtus et à évaluer la disproportion fœto-pelvienne.

- **L'attitude de la tête dernière :**

La déflexion primitive de la tête dernière considérée généralement comme un élément de pronostic fâcheux, doit être une indication de la voie haute.

❖ **Éléments 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'ocytocique à dilatation complète paraît quelque fois efficace. Dans d'autres cas surtout 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.

- **L'expulsion :**

Elle demeure la période la plus dangereuse puis qu'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'ocytocique, mais si au bout d'une demi-heure, le siège n'a pas progressé à la partie moyenne, il est encore temps de renoncer à la voie basse ^[25].

Le dégagement ne s'effectuant pas aussi simplement comme dans la présentation du sommet, il faut savoir attendre car en réalité le siège accomplit son complément de descente pour caler sa hanche antérieure sous la

symphyse et de déprimer le périnée postérieur. Pendant toute cette phase le cardiocotographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu'à quel point on peut la poursuivre.

Toute autre est la situation quand l'expulsion semble bloquée, avant que n'apparaissent la pointe des omoplates et que le dos ne soit orienté en avant ;

il faut craindre une véritable complication en rapport avec un relèvement des bras ou une rétention de la tête dernière qui exigent une intervention immédiate mais réglée afin de ne pas être traumatique. ^[16]

▪ **Manœuvres obstétricales :**

Elles doivent être considérées au point de vue pronostic, car toutes présentent, à côté de leur avantage, des risques dont il faut se rappeler quand on a encore le choix entre deux manières d'agir ^[26]

- **La version par manœuvre externe (VME) :**

Décrite il y a plus d'un siècle par WIGAND en 1807 à Hambourg, la version par manœuvre externe doit sa vulgarisation à TARNIER et PINARD qui la préconisent systématiquement dans la présentation du siège. Cependant, dès cette époque nombreux auteurs qui admettent son intérêt en cas de présentation transversale estiment que la version par manœuvre externe est inefficace et dangereuse en cas de présentation de siège.

La controverse était ouverte et à l'heure actuelle, l'accord n'est toujours pas fait sur l'utilité ou l'innocuité de cette manœuvre. Les auteurs comme GRANJON et HENRION, LACOMME, MAGNIN, VERMELIN trouvent son abandon illogique pour la raison que le pronostic de tout accouchement par le siège demeure incertain, que la morbidité et la mortalité fœtales restent élevées par rapport aux présentations du sommet et que le pourcentage de césarienne ne cesse de croître. Selon ces auteurs, le pronostic fœtal dans un accouchement du siège garde une mauvaise réputation. Donc diminuer le nombre de présentation du siège c'est automatiquement améliorer ce pronostic.

A l'opposé pour d'autres comme BROSSET, MALINAS, MERGER et MORIN, la version par manœuvre externe ne vaut pas la peine d'être tentée.

Pour eux la version facile est habituellement réaliser chez la multipare où la présentation du siège n'est pas dystocique si le volume fœtal n'est pas exagéré.

A l'opposer chez la primipare, la version qui serait utile est souvent impossible car la présentation du siège est imposée par une cause précise.

Cette manœuvre devient même alors dangereuse.

Technique :

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

La femme est laissée allonger quelques minutes pendant lesquelles on vérifie le bon relâchement utérin, l'absence d'écoulement vulvaire du sang ou du liquide amniotique et le monitoring du cœur fœtal ^[27].

Ces contre-indications sont entre autres : bassin chirurgical, femme en travail, iso-immunisation fœto-maternelle, grossesse multiple, placenta prævia, fragilité ou souffrance fœtale, déflexion de la tête fœtale. Pour ceux qui pensent au bénéfice apporté par la version par manœuvre externe dans la présentation du siège, il faut bien sûr rechercher à connaître le prix de ce bénéfice, c'est-à-dire les risques encourus par la mère et l'enfant.

*** Accidents maternels :**

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

*** Accidents fœto-ovulaires :**

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

d. Voie d'accouchement :

Le mode d'accouchement dans la présentation du siège demeure controversé. Pour certains, s'appuyant sur des résultats d'études non randomisées, sur des expériences anecdotiques ou des considérations médico-légales, la césarienne électorale est préférable pour l'amélioration de la morbidité et de la mortalité périnatales. Pour ces auteurs la mortalité périnatale est inversement proportionnelle au taux des césariennes ^[28].

A l'opposé pour d'autres, au delà de la morbidité et de la mortalité maternelles à court terme, mais aussi à long terme (risque placenta accreta ou de rupture utérine) lors des grossesses ultérieures, la césarienne n'assure pas le fœtus contre la détresse respiratoire ni contre les traumatismes. Pour eux, la multiplication des césariennes est loin d'avoir été et de pouvoir prétendre d'être le seul facteur capable de réduire la mortalité périnatale ^[29].

◆ Les manœuvres de dégagement :

L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleure solution, mais à condition qu'il ne se prolonge pas jusqu'à provoquer l'anoxie. Or l'expérience montre que près d'une fois sur deux il faut plus ou moins intervenir : ce n'est pas un choix mais une nécessité ^[3].

Le risque est alors de voir succéder à un abstentionnisme trop passif, un activisme désordonné. C'est la raison pour laquelle on observe actuellement un retour non à des extractions proprement dites, mais à des gestes d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière.

Quant à la valeur des interventions, toute hiérarchie paraît illusoire.

Toutes les manœuvres même celle de Bracht, s'accompagne d'une morbidité et d'une mortalité qui varient notablement d'un auteur à l'autre. Le forceps représente pour certains un moyen redoutable et pour d'autres la meilleure façon d'aider à l'accouchement de la tête dernière. C'est ici qu'interviennent,

en premier lieu l'expérience, le jugement et l'habileté de l'accoucheur ainsi que la qualité de toute l'équipe obstétricale ^[30].

- **L'accoucheur :**

Plus que dans les autres présentations, le pronostic dépend en partie de l'accoucheur. Pour bien conduire un accouchement par le siège, il faut connaître l'obstétrique classique qui est un art dont l'apprentissage n'est envisageable que par un accompagnement rigoureux, par la transmission de la gestuelle et du savoir faire par les maîtres de l'art.

On ne devrait accepter une voie basse dans la présentation du siège que lorsque celui-ci remplit les pré-requis, mais également et surtout uniquement si l'obstétricien connaît et sait faire toutes les manœuvres permettant la cure d'une dystocie.

- **Le bilan d'orientation :**

Ce bilan doit tenir compte des différents facteurs envisagés au chapitre des éléments de pronostic maternel et fœtal. Il impose donc la pratique de certains examens complémentaires :

➤ **l'échographie** : son intérêt est multiple.

Elle confirme la présentation du siège ou le diagnostic notamment lors des présentations dites hautes et mobiles.

Elle permet l'étude de la biométrie fœtale.

Elle recherche les malformations fœtales, mesure le poids fœtal, elle précise l'insertion du placenta.

➤ **La radiopelvimétrie** :

Elle permet d'explorer le bassin osseux dans sa forme et ses dimensions.

Elle permet de prévenir les dystocies osseuses.

➤ **Le contenu utérin** :

Précise le mode de présentation et l'attitude de la tête fœtale.

10. Conduite à tenir :

La présentation du siège, quelle que soit son étiologie ou sa variété (siège complet ou décompleté) jouit d'une mauvaise réputation méritée : sa morbidité foétale (paralysie du plexus brachial, fractures diverses, séquelles d'anoxie foétale) 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, pour cela la conduite visant un accouchement atraumatique et sans mauvaise surprise engage la responsabilité de l'accoucheur à tous les stades : pendant la grossesse ; pendant la dilatation ; pendant l'expulsion.

a. Pendant la grossesse :

Il est vain de revenir sur l'intérêt primordial du dépistage de toute présentation du siège. Même redressée au cours du travail, l'erreur du diagnostic ne crée pas seulement une désagréable surprise ; elle est de lourde conséquence car elle rend impossible deux démarches essentielles : la tentative de version par manœuvre externe pratiquée jusqu'au cours du 9^{ème} mois chez la multipare et au milieu du 8^{ème} mois chez la primigeste, indiquée dans tous les cas où l'enfant est unique et vivant comporte moins de risque même sans inconvénient selon beaucoup d'auteurs par rapport à l'accouchement du siège. Reçue ou non, la version par manœuvre externe ne dispense jamais de la deuxième démarche (la détermination d'un pronostic mécanique).

Le pronostic obstétrical : il repose sur un principe rigoureux :

Exclure formellement la voie basse devant tout rétrécissement pelvien même discret. Il impose donc une étude minutieuse du bassin osseux, le plus souvent nécessitant la pratique systématique d'une radiopelvimétrie complète.

Toute tolérance à ce domaine est inacceptable. On ne tiendra pas compte de la multiparité qui n'est pas une eutocie pelvienne.

. Faire un bilan foetal pour déterminer le volume du fœtus et l'attitude de la tête dernière par l'échographie et le contenu utérin.

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

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

b. Pendant la dilatation :

On aura toujours en mémoire le mot de RIVIERRE et CHASTRUSSE « L'expulsion voudra ce que vaut la contraction utérine » ^[28].

Cette période constitue une véritable épreuve utérine. Sa surveillance sera d'autant plus facile et exacte que l'on disposera d'un enregistrement continu des contractions utérines.

Si l'on respecte le plus longtemps possible la poche des eaux, la dilatation ne devra être, contrairement à l'opinion classique guère plus longue que dans l'accouchement normal. Sa progression sera donc suivie très régulièrement.

Si elle est favorable, il n'y a aucun problème. Par contre toute dystocie dynamique ou cervicale doit être dépistée et traitée très précocement, car il est hors de question de forcer un col qui aura rarement la complaisance de s'assouplir à la dernière minute au passage de la tête fœtale. Souvent, en fin de dilatation. On est conduit à prescrire une perfusion IV d'ocytocique.

Cette pratique discutée par beaucoup d'auteurs aura souvent l'avantage de renforcer les contractions utérines insuffisantes, du fait de l'aspect de la poche des eaux ou d'un travail un peu long. Elle sera toujours prudente, de courte durée et contrôlée en permanence. Elle sera poursuivie au moment de l'expulsion.

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

- Toute procidence du cordon précoce ;
- Tout arrêt de la dilatation ;

- Toute apparition de souffrance fœtale.

Peut-être n'est-il pas inutile de souligner que la souffrance fœtale n'a dans ce cas qui nous intéresse, qu'une seule façon de s'exprimer : l'altération du rythme cardiaque fœtal. En effet l'émission de méconium n'a pas, du moins classiquement de signification péjorative. Toute anoxie fœtale même transitoire augmente fortement le risque d'inhalation amniotique et de noyade terminale même en excluant toute dystocie surajoutée. C'est assez dire l'intérêt primordial de la surveillance de la dilatation sous monitoring continu. Le respect de ces divers impératifs permettra d'aborder avec un maximum de sécurité, la période à juste titre redoutée de l'expulsion.

c. Pendant la période d'expulsion :

Le dogme de l'expectative reste intangible. Il sera d'autant plus facile à respecter que l'on aura su : Mettre en place une perfusion IV d'ocytocique dont l'utilité n'est pratiquement pas discuté ;

Elargir le détroit inférieur en refoulant la pédale coccygienne ;

Réduire la résistance périnéale par une anesthésie péridurale ou plus simplement par une infiltration des nerfs honteux associée ou non à une épisiotomie.

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

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

Moyennant quoi, on aura dans la très grande majorité des cas, la satisfaction d'assister à la naissance parfaitement spontanée de l'enfant idéal. Cette passivité absolue ou manœuvre de VERMELIN « expectative armée » représente certainement l'attitude idéale pour l'enfant. Ici le rôle de l'obstétricien qualifié par HENRION de « Manchot empereur » n'a été que celui d'un observateur attentif^[31]. 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 défléchi au détroit supérieur, avec parfois l'accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne. C'est donc tout de suite avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple, soit en continuant le mouvement de rotation amorcé ^[1].

La mère et parfois l'accoucheur pourront ne pas s'en accommoder. Il paraît alors licite de l'aménager de l'une ou l'autre de ces quatre mini-interventions :

L'expression utérine intermittente qui fléchit et pousse la tête au moment de son dégagement ;

La manœuvre de Bracht :

Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus est saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut, puis renversé sur le ventre de la mère sans traction. La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion ^[1].

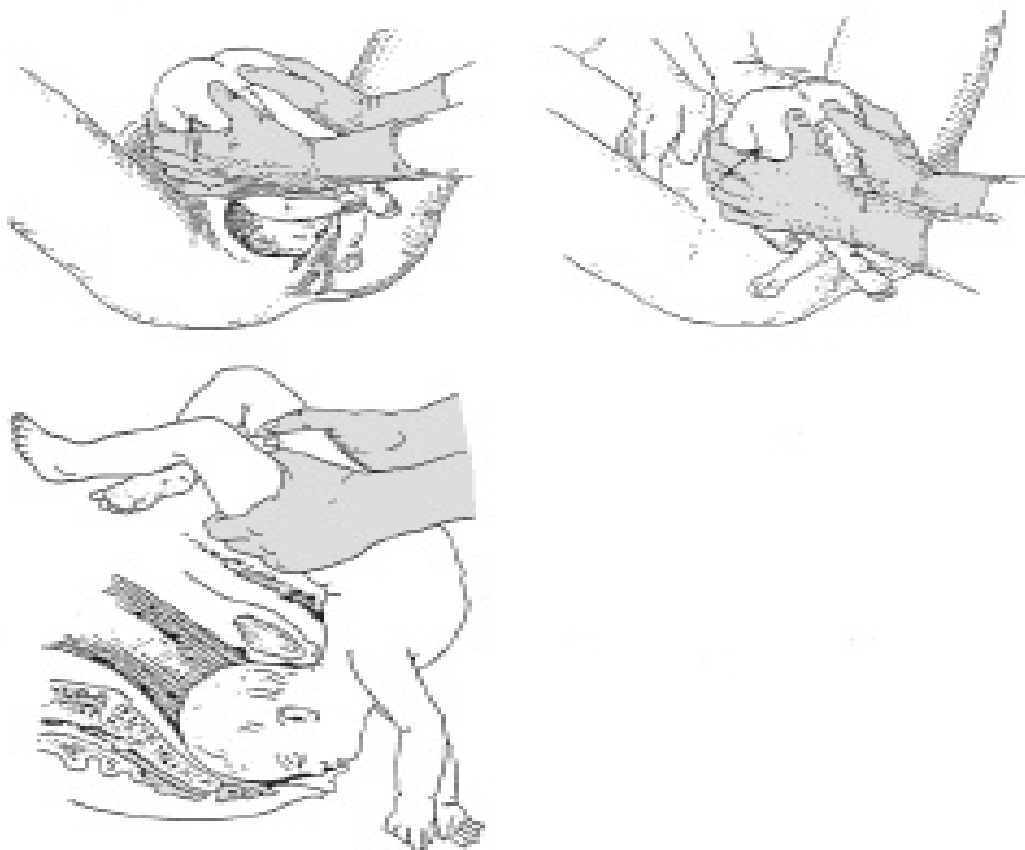
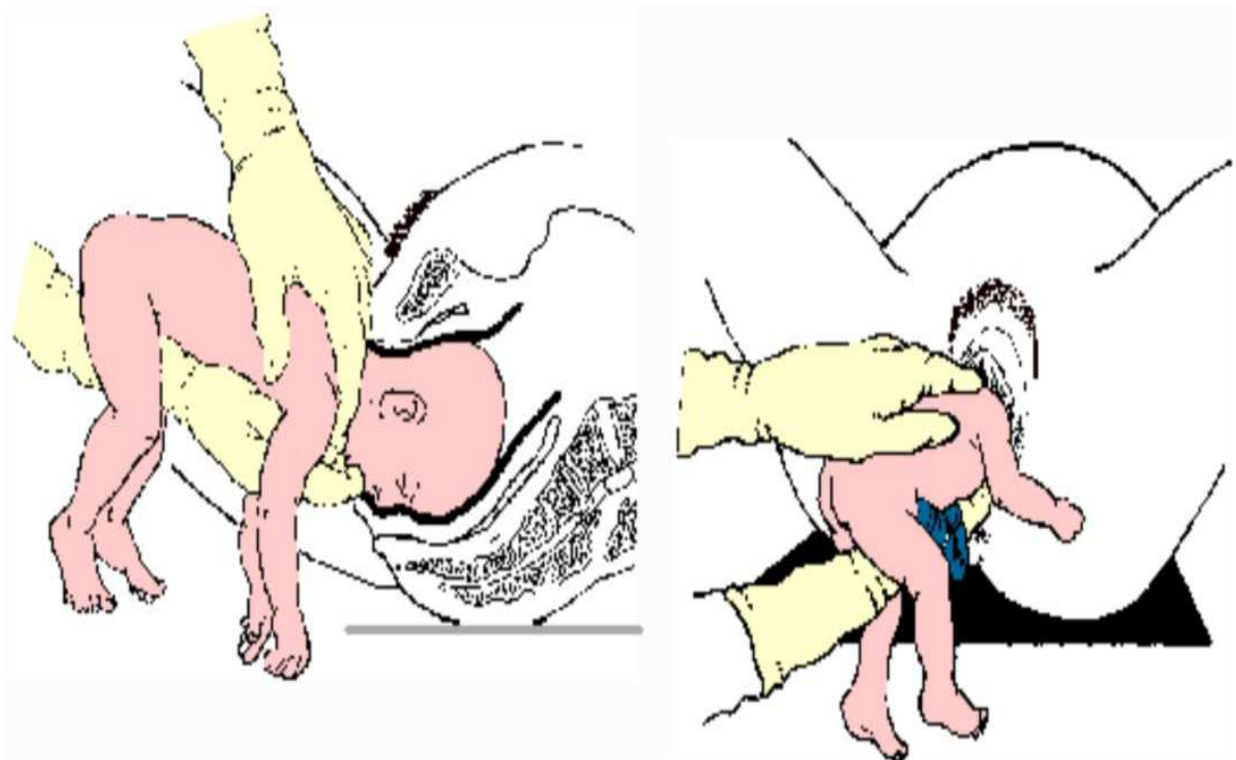


Fig 4 : Manœuvre de Bracht ^[17]

La manœuvre de Mauriceau : ne se conçoit que sur une tête dite engagée.

L'enfant est à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit 2 doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue. Par un mouvement de flexion des doigts, on fléchit le pôle céphalique fœtal en amenant, sans violence, le menton sur l'appendice xiphoïde. L'autre main exerce, une traction synchrone sur les épaules fœtales en plaçant de part et d'autre du cou, sur les acromions, l'index et le majeur à la manière de bretelles. Cette traction effectuée sur les épaules se doit d'être orientée très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien.

Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de sa mère, et le dégagement laisse apparaître successivement la bouche, le nez, les yeux et enfin le front du nouveau-né. Les doigts intra-buccaux n'ont donc pas de rôle dans la traction, mais comme nous venons de le décrire, uniquement dans la flexion de la tête permettant par là un amoindrissement des diamètres céphaliques et une solidarisation céphalothoracique.

**Fig.5 : Manœuvre de Mauriceau**

Manœuvre de Lovset :

Le fœtus est saisi par le bassin entouré d'un champ, les 2 pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigts sur l'aile iliaque.

On effectue une traction du fœtus vers le bas et une première rotation du dos vers l'avant pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse, puis une rotation 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, elle se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire.

Une 2ème rotation de 180° en sens inverse ramène l'ex-épaule antérieure à nouveau en antérieur sous la symphyse et elle se dégage. Au total, on fait une double conversion (par 2 fois un mouvement de 180°) et il n'y a donc pas d'introduction de la main dans les voies génitales.

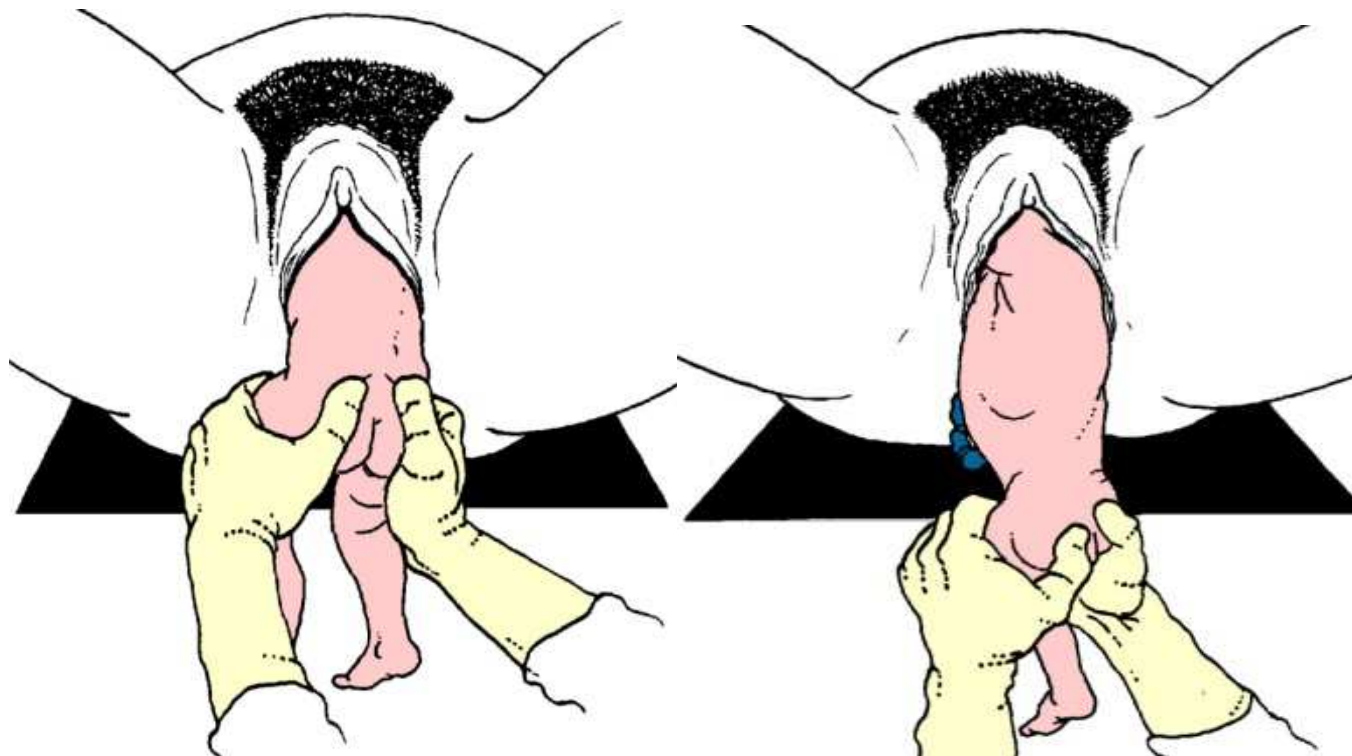


Fig6 : Manœuvre de Lovset

Toutes les autres manœuvres obstétricales sont foeticides et ne représentent qu'un pis allé devant une indication formelle d'intervenir ou une difficulté imprévue.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au CSRéf Major Moussa DIAKITE de Kati.

a. Historique DU CSREF DE Kati :

Il a été créé par le décret n° 90-264/P-RM du 05 juin 1990, portant la création des services régionaux et subrégionaux de santé et des affaires sociales sous le nom de service sécurité sanitaire et sociale de cercle ou de commune. C'est en 2007, par le système de référence et d'évacuation qu'il est devenu C.S.Réf de Kati (Centre de Santé de Référence).

Il a été baptisé le 10/ 08/ 2010 sous le nom du **Centre de Santé de Référence Major Moussa DIAKITE de Kati** qui fut le premier chef du centre.

b. Données géographiques :

❖ CSRéf Major Moussa DIAKITE de Kati:

Le CS Réf est bâti sur une superficie de 6.5 hectares environs.

Il est situé au plein cœur de la ville de Kati à environs 20 mètres du commissariat de police et à environs 100 mètres de la marie et contigu au camp militaire par son coté Sud-est.

Il recouvre 40 aires de santé + le CSRéf.

❖ Commune urbaine de Kati :

Elle est limitée :

- au Nord par la commune rurale de Kambila et de Diago,
- à l'Est par la commune rurale de Safo,
- au Sud par le district de Bamako (la commune III),
- à l'Ouest par la commune rurale de Doubabougou.

Elle est composée de dix (10) quartiers (Farada, Malibougou, Mission, Kati coro, Coco, N'tominikoro, Noumorila, Kati coura, Samakebougou, et Sananfara),

trois (3) villages (N'toubana, Banambani et Sirakoro niaré) et un (1) hameau (Sébénikoro).

c. Population :

Le cercle de Kati compte une population de 681872 habitants répartie entre villages et communes. Elle est surtout caractérisée par le cosmopolitisme de sa jeunesse à 42%, constituée par les moins de 15 ans.

La ville de Kati, de par sa situation géographique et stratégique (3^{ème} région militaire du Mali) demeure un carrefour de rencontre de toutes les couches socio-économique et culturelle du Mali avec : des Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Sénoufo.

Le dialecte majoritaire est le Bambara. On y trouve plusieurs confessions religieuses dont : les musulmans (89%), les chrétiens (8%), et les animistes (3%). (Selon l'article sur la présentation de la commune de Kati année 2007).

d. Infrastructures socio-sanitaires :

- Structures sanitaires de troisième niveau :

Centre Hospitalo-universitaire de Kati.

- Structures sanitaire de deuxième niveau :

Centre de santé de référence Major Moussa DIAKITE de Kati.

- Structures sanitaires de premier niveau :

Infirmierie de garnison, CSCOM de (Malibougou, Farada, Coco et Sananfara), Dispensaire de l'Eglise catholique, et la PMI de Kati.

- Secteur privé :

Cliniques (TENAN, PLATEAU)... et des cabinets.

e. Différents services du CSRéf :

Le C.S.Réf Major Moussa DIAKITE de Kati se compose de plusieurs services :

- Une unité de médecine générale ;

- Une unité de laboratoire biomédicale ;
- Une unité de PEV ;
- Une unité d'Odontostomatologie (équipée et fonctionnelle) ;
- Une unité d'ophtalmologie ;
- Une unité d'optique (confection et vente de verres correcteurs) ;
- Une unité d'imagerie (Echographie, Radiologie) ;
- Une unité d'hygiène et assainissement ;
- Une unité de DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) ;
- Une unité de dépôt de vente ;
- Une unité de système d'information sanitaire ;
- l'administration ;
- Une unité de grandes endémies : (Lèpre, Tuberculose, Onchocercose, de soins d'accompagnement et de conseil des PVVIH) ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de **MATERNITE** qui comprend :
 - Une salle d'accouchement équipée de 2 tables d'accouchements,
 - Une salle de suites de couches équipée de 9 lits,
 - Deux salles de garde (des sages-femmes et Internes),
 - Une salle de CPN,
 - Une salle de PF,
 - Une salle de vaccination et suivi préventive des enfants sains,
 - Une salle PTME,
 - Deux bureaux pour les gynécologues,
 - Un bureau pour la sage-femme-maitresse,
 - Deux salles opératoires (une pour les urgences et l'autre pour les cas à froids),

- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation.

Ces différents services sont tenus par un personnel.

Tableau I: Personnel du C S Réf Major Moussa DIAKITE de Kati à la date du 31 décembre 2010 y compris des Agents de l'Etat et ceux payés sur recouvrements des fonds P P T E.

SERVICES	Nombre de personnel
Gynécologues obstétriciens ;	2
Spécialiste en chirurgie générale ;	1
Ophtalmologue ;	1
Médecins généralistes dont le chef de service et l'odontostomatologue ;	9
Pharmacien ;	1
Techniciens d'Hygiène et assainissement ;	2
Techniciens sanitaire (ophtalmologue, Santé publique, Laborantins, Radiologue, gérant de la pharmacies) ;	21
Sages-femmes ;	7
Infirmières obstétriciennes ;	6
Aides-soignantes ;	2
Matrone ;	1
Secrétaires ;	3
Assistants médicaux (anesthésiste) ;	2
Chauffeurs ;	4
Gardiens;	2
Archiviste;	1
Billeteur ;	1
Comptables ;	2
Caissières et employés canam	2
Lingères ;	2
Manœuvres...	2

A ceux-ci s'ajoutent les étudiants des écoles socio-sanitaires et de la FMPOS.

f. Activités :

Un staff de 30 minutes environs a lieu tous les jours à partir de 8 h 30mn réunissant le personnel de la maternité. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant les 24 heures passées.

Cette équipe de garde est constituée d'un gynécologue obstétricien, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide soignante, d'un étudiant en année de thèse, d'un anesthésiste, d'un manœuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités : consultations gynécologiques, les interventions programmées.

Tableau II: Equipement de la maternité

	Matériels	Nombre
Salle d'accouchement	Tables d'accouchements	2
	Stéthoscopes obstétricales	2
	Bassins de lits	2
	Source d'oxygène	0
	Source d'eau chaude	0
	Seau d'eau de décontamination	2
	Appareil à tension	1
	Source lumineuse	1
	Poubelles	2
	Poupinel	1
	Ventouse	1
	Boîtes d'accouchements	5
	Table chauffante pour Nné	1
	Table de réanimation pour Nné	0
	Bloc opératoire	Boite de laparotomie
Boite gynécologique		1
Boite de forceps		1
Boîtes de césariennes		2
Tables opératoires		2
Boîtes de sécurités		2
Autoclave		1
Bistouri électrique		1
Poupinel		1
Aspirateurs		2
Générateur d'oxygène		1
Poubelles		2
Boite à blouses et champs		4
Lampe scialytiques		1

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective analytique, transversale portant sur tous les cas d'accouchements par siège répondant aux critères d'inclusions et reçu au service pendant la période d'étude.

3. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2012 au 30 juin 2013 soit une période de 18 mois dans le service de Gynécologie-obstétrique du CSRef major Moussa Diakité de Kati.

4. Population d'étude :

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

5. Echantillonnage :

La collecte des données a été faite à partir de : Carnets de CPN ; Partogrammes; Fiches d'enquêtes ; fiches de références / évacuations et Interrogatoire des patientes.

a. Critères d'inclusions :

Ont été incluses dans cette étude toutes parturientes admises pendant la période d'étude c'est-à-dire toutes les gestantes et ou parturientes admises dans le service pour travail d'accouchement ou césarienne prophylactiques sur une grossesse supérieure ou égale à 28 SA avec fœtus vivant en présentation du siège.

b. Critères de non inclusions :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- tout autre mode de présentation : céphalique, front, face, transversale,
- les malformations fœtales incompatibles avec la vie,
- Les grossesses arrêtées.

6. Traitement et analyse des données :

Nous avons fait une saisie simple des textes et des tableaux sur le logiciel Microsoft Office Word et Excel 2007. L'analyse des données a été réalisée par l'Epi-info version 6.0

Les tests statistiques utilisés ont été le Chi2 avec un seuil de significativité de $p < 0,05$.

RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Fréquence :

Durant cette étude, 4435 accouchements ont eu lieu dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRef Major Moussa Diakité de Kati dont 102 accouchements par le siège ; soit une fréquence de 2,29% de l'ensemble des accouchements.

2. Résultats descriptifs :

a. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : répartition des femmes selon l'âge

Tranche d âge	Effectif	%
≤ 19 ans	16	15,68
20-35 ans	73	71,58
> 35 ans	13	12,74
Total	102	100

Age moyen des parturientes : 26 ans et 6mois; Extrêmes : 15 - 41 ans.

Tableau II: répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	8	7,8
Ménagère	59	57,8
Elève	13	12,8
Etudiante	12	11,8
Commerçante	10	9,8
Total	102	100

Les ménagères ont été majoritaires parmi nos parturientes (57,8%).

Tableau III: répartition des femmes selon l'ethnie

Ethnie	EFF	%
Bambara	56	54,9
Sarakolé	11	10,8
Peulh	12	11,7
Malinké	10	9,8
Khassoké	1	1
Maure	0	0
Senoufo	3	2,9
Wolof	0	0
Bobo	2	2,0
AUTRES(non nationaux)	7	6,9
Total	102	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée chez nos parturientes (54,9%).

Tableau IV: répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	EFF	%
Césarienne	8	7,84
Myomectomie	5	4,9
Plastie utérine	0	0
Aucun	89	87,26
Total	102	100

Les ATCD de césarienne ont été retrouvés chez 7,84 % de nos parturientes.

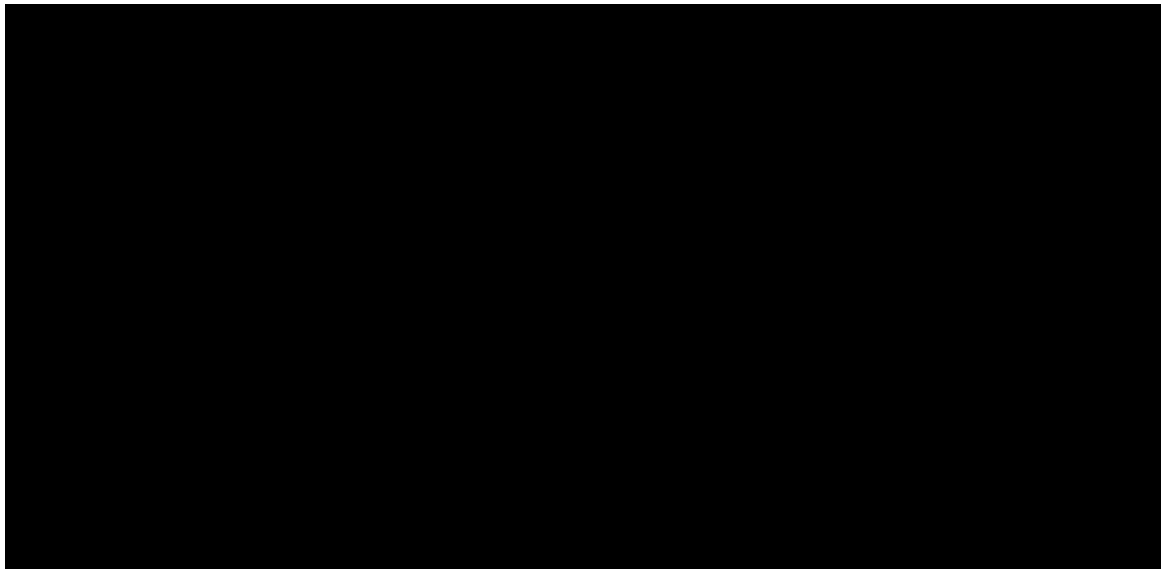


Figure 1: répartition des femmes selon le mode d'admission

Les parturientes venues d'elle-même ont constitué 75,5% des cas.

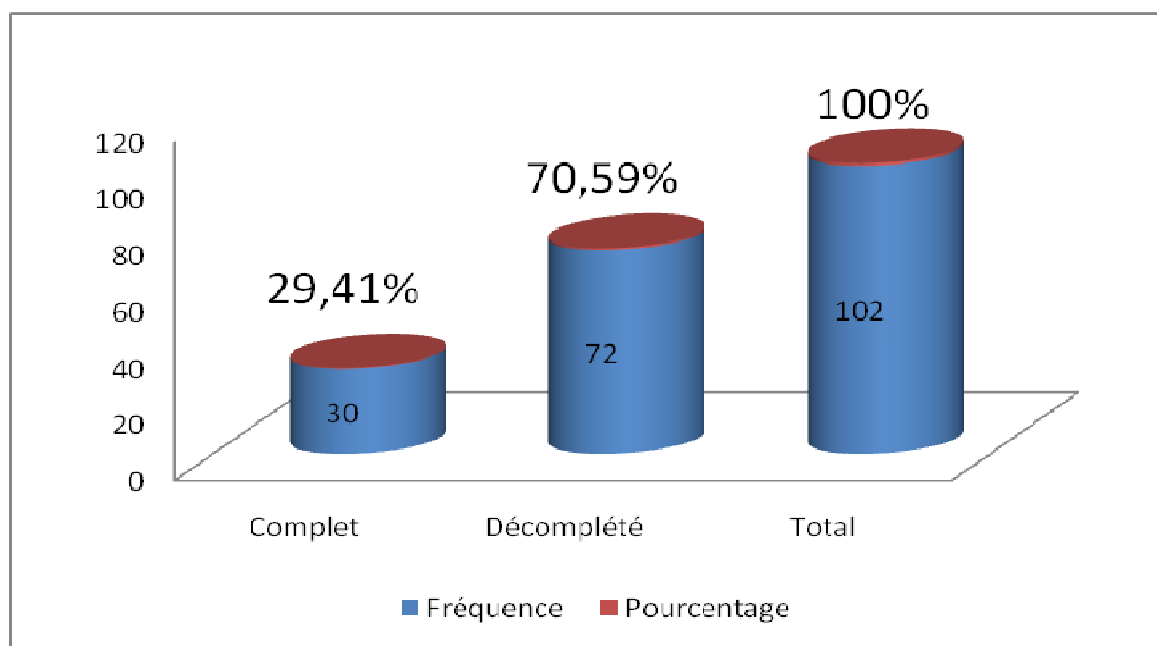


Figure 2: répartition des femmes selon le mode de présentation du fœtus.

Le siège décompleté (70,59 %) était plus représenté que le siège complet (29,41 %).

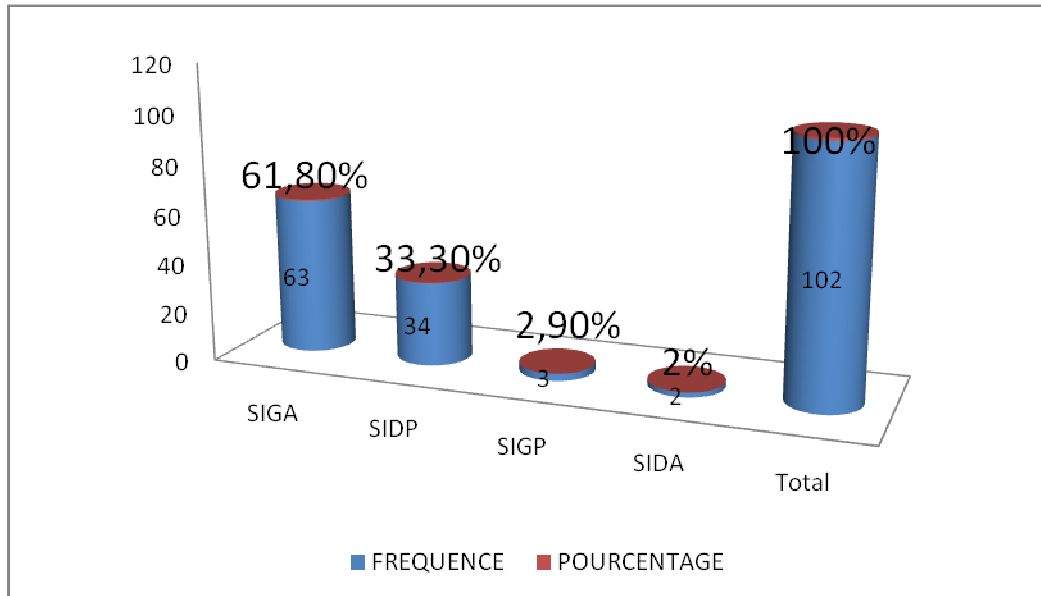


Figure 3: répartition des femmes selon la variété de position de la présentation.

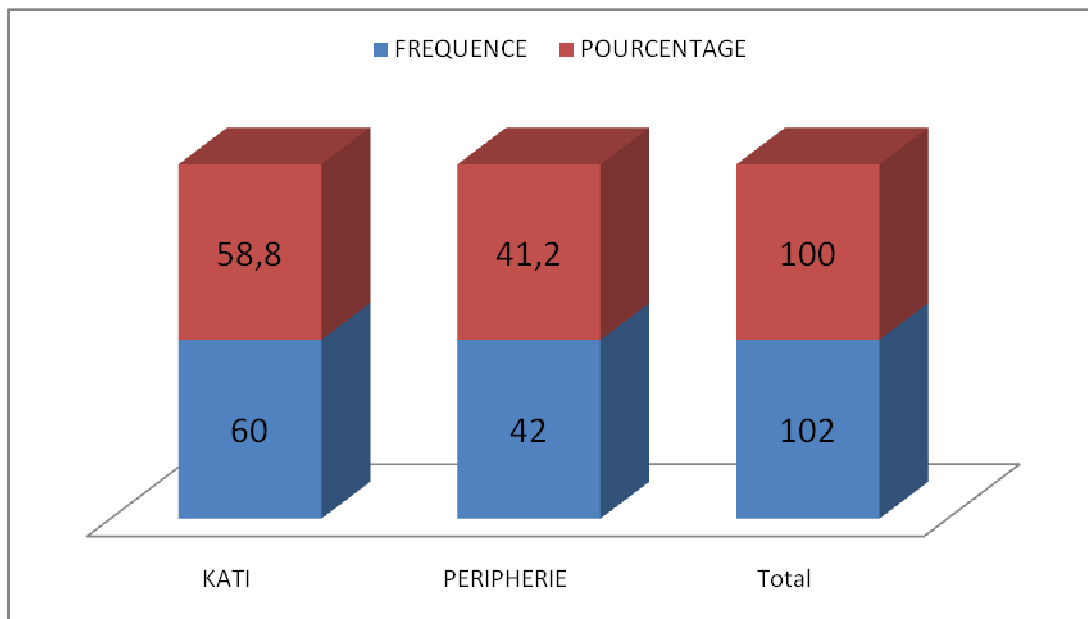


Figure 4: répartition des femmes selon la résidence.

La majorité de nos parturientes (58,8 %) résidaient dans le cercle de Kati contre (41,2 %) dans les périphéries.

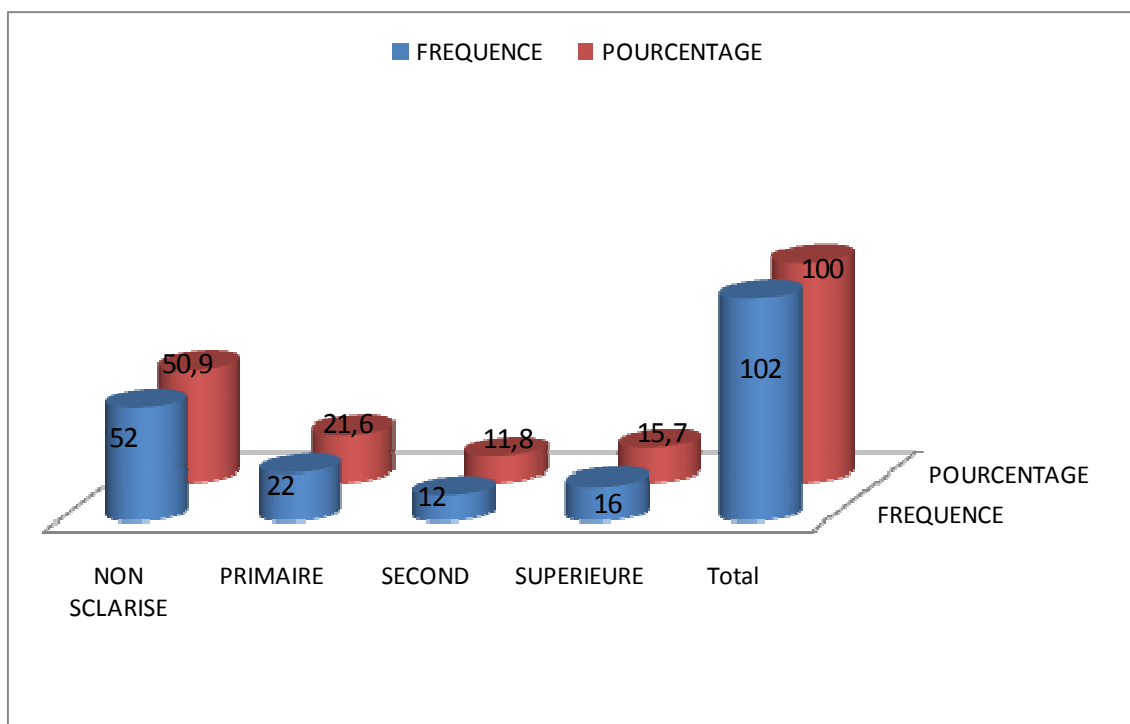


Figure 5: répartition des femmes selon le niveau d'instruction.

La majeure partie de nos parturientes n'ont pas été scolarisées soit 50,9%.

Tableau V : répartition des femmes selon la gestité

Gestite	Effectif	%
Primigeste	23	22,5
Pauci geste	22	21,6
Multigeste	35	34,3
Grande multigeste	22	21,6
Total	102	100

Les multigestes étaient les plus représentées soit 34,3%.

Tableau VI : répartition des femmes selon la parité.

Parité	Effectif	%
Nullipare	23	22,5
Paucipare	21	20,6
Multipare	36	35,3
Grande multipare	22	21,6
Total	102	100

Les multipares étaient les plus représentées soit 35,3%.

Tableau VII: répartition des femmes selon le suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	EFF	%
OUI	75	73,5%
NON	27	26,5%
Total	102	100

73,5 %de nos parturientes ont fait une consultation prénatale

Tableau VIII: répartition des femmes selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	EFF	%
1-3	35	53,3%
Plus de 3	40	46,7%
Total	75	100

46,7% de nos parturientes ont fait plus de 3 consultations prénatales

Tableau IX : répartition des femmes selon la taille

Taille	EFF	%
≤ 150 cm	18	17,64
>150 cm	84	82,36
Total	102	100

Taille moyenne de nos parturientes : 159cm ; extrême : 144-168 cm

Tableau X : répartition des femmes selon le poids

Poids	EFF	%
46-90Kg	93	91,17
91kg et plus	9	8,83
Total	102	100

Poids moyen de nos parturientes : 79kg ;

Tableau XI : répartition des femmes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	EFF	%
< 36 cm	78	76,47
≥ 36 cm	24	23,53
Total	102	100

Il y avait peu d'hauteur utérine excessive soit 23,53%.

Tableau XII: répartition des femmes selon le nombre de BDCF à l'admission

BDCF	EFF	%
<120	5	4,9
120-160	95	93,13
>160	2	1,97
Total	102	100

Les bradycardies étaient représentées à 4,9%.

Tableau XIII : répartition des femmes selon l'engagement de la présentation à l'admission

Engagement	EFF	%
Oui	83	81,4
Non	19	18,6
Total	102	100

81,4% de nos parturientes avaient une présentation engagée à l'admission.

Tableau XIV: répartition des femmes selon l'examen clinique du bassin osseux.

Bassin osseux	EFF	%
Normal	95	93,13
Limite	6	5,88
BGR	1	0,99
Asymétrique	0	0
Total	102	100

93,13% de nos parturientes avaient un bassin normal.

Tableau XV: répartition des femmes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	EFF	%
Césarienne	20	19,6
voie basse	82	80,4
Total	102	100

19,6% de nos parturientes ont accouché par césarienne.

Tableau XVI : répartition des femmes selon le facteur de risque associé

Risque associé	EFF	%
Myome utérin	2	1,96
Malformation utérine	1	0,99
Hydramnios	3	2,94
Utérus cicatriciel	6	5,89
Gémellité	20	19,60
Aucun	70	68,62
Total	102	100

19,60% de nos parturientes avaient une grossesse gémellaire

Tableau XVII : répartition des femmes selon la qualification de l'accoucheur

Qualification de l'accoucheur	EFF	%
Médecin obstétricien	50	49
Médecin généraliste	30	29,4
Etudiant en année de thèse	16	15,7
Sage femme	6	5,9
Infirmière obstétricienne	0	0
Total	102	100

La majorité des accouchements ont été effectués par le gynécologue obstétricien 49%.

Tableau XVIII : répartition des femmes selon l'indication des césariennes

<i>Indications</i>	<i>Avant le travail d'accouchement</i>	<i>Pendant le travail d'accouchement</i>
Bishop défavorable sur présentation du siège	2	0
Grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel	2	1
Grossesse gémellaire avec j1 en présentation du siège sur	0	1
Placenta prævia	0	1
Présentation du siège sur utérus cicatriciel	3	0
Procidence du cordon battant	0	1
Présentation du siège sur anomalie du bassin	4	5
Total	11	9

Présentation du siège sur anomalie du bassin a été l'indication de césarienne la plus fréquente 4 fois avant le travail

Tableau XIX: répartition des femmes selon la durée du travail.

Durée du travail	EFF	%
≤12 H	80	78,43
>12 H	22	21,57
Total	102	100

78,43 % de nos parturientes avaient une durée du travail ≤ 12 h.

Tableau XX: répartition des femmes selon la durée d'expulsion du fœtus

<i>la durée d'expulsion</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
<45 mn	92	90,19
>45 mn	10	9,81
Total	102	100

90,19 % de nos parturientes avaient une durée d'expulsion \leq 45 min.

Tableau XXI: répartition des femmes selon les antécédents médicaux

<i>Antécédents médicaux</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
HTA	11	10,79
Diabète	1	0,99
Asthme	0	0
Insuffisance cardiaque	0	0
VIH	0	0
Anémie	6	5,87
Aucune	84	82,35
Total	102	100

HTA est la pathologie la plus fréquemment rencontrée associée à la grossesse avec 10,79 %.

Tableau XXII : répartition des femmes selon l'Épisiotomie

Épisiotomie	EFF	%
Oui	65	63,7
Non	37	36,3
TOTAL	102	100

63,7% de nos parturientes avaient subi une épisiotomie avant l'accouchement

Tableau XXIII: répartition des femmes selon le poids des nouveau-nés à la naissance

<i>poids des nouveau-nés à la naissance</i>	EFF	%
< 2500 g	24	23,53
2500 - 3500 g	73	71,57
> 3500 < 4000 g	3	2,94
≥ 4000 g	2	1,96
Total	102	100

La majorité des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500 - 3500 g soit 71,57%.

Tableau XXIV: Répartition des femmes selon la manœuvre obstétricale

<i>manœuvre obstétricale</i>	EFF	%
Bracht	74	72,6
Mauriceau	8	7,8
Lovset	0	0
Aucune	20	19,6
Total	102	100

La manœuvre obstétricale la plus utilisée a été la méthode de Bracht avec 72,6%.

Tableau XXV: répartition des femmes selon les complications au cours du travail d'accouchement.

<i>complications au cours du travail d'accouchement</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
Dystocie dynamique	11	10,78
Dystocie mécanique	10	9,81
Hémorragie	4	3,92
Procidence du cordon	2	1,97
Aucune	75	73,52
Total	102	100

La dystocie dynamique a été la plus rencontrée soit 10,78%.

Tableau XXVI: répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

<i>Apgar à la 1^{ère} minute</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
0	0	0
1-3	0	0
4-6	14	13,72
≥7	88	86,28
Total	102	100

13,72 % des nouveau-nés avaient un Apgar à la 1^{ère} minute inférieur à 7.

Tableau XXVII: répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute

<i>d'Apgar à la 5^{ème} minute</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
0	0	0
1-3	0	0
4-6	3	2,9
≥7	99	97,1
Total	102	100

2,9% des nouveau-nés avaient un apgar compris entre 4-6 à la 5^{ème} minute

Tableau XXVIII: répartition des nouveau-nés selon les complications fœtales

<i>complications fœtales</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
SFA	7	6,9
Fracture	0	0
Paralysie plexus brachial	0	0
Luxation épaule	2	1,9
Aucune	93	91,2
Total	102	100

6,9% étaient le pourcentage des enfants ayant fait une souffrance fœtale

Tableau XXIX: répartition des femmes selon l'état du nouveau-né à la sortie de la maternité

Etat du nouveau né à la sortie de la maternité	EFF	%
Vivant	99	97,1
Décédé	3	2,9
Total	102	100

Nous avons déploré trois décès soit 2,9% de nouveau-né

Tableau XXX: répartition des femmes selon les complications maternelles

<i>complications maternelles</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
Déchirure vulvo-vaginale	4	3,92
Suppuration pariétale	1	0,99
Décès	0	0
Aucune	97	95,09
Total	102	100

3,92% de nos parturientes ont fait une déchirure vulvo-vaginale.

3. Résultats analytiques :

Tableau XXXI: répartition des femmes selon l'âge maternel et la voie d'accouchement

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Voie d'accouchement</i>			
	<i>Césarienne</i>		<i>Voie basse</i>	
	<i>EFF</i>	<i>%</i>	<i>EFF</i>	<i>%</i>
< 19 ans	3	15	13	15,9
20 -35ans	13	65	60	73,2
>35 ans	4	20	9	10,9
Total	20	100	82	100

$P = 0,552$ $khi^2 = 1,18$

Tableau XXXII: répartition des femmes selon la parité et la voie d'accouchement

Parité	Voie d'accouchement			
	Césarienne		Voie basse	
	EFF	%	EFF	%
Primipare	4	20	19	23
Paucipare	3	15	18	22
Multipare	7	35	29	35
Grande multipare	6	30	16	20
Total	20	100	82	100

$P=0,7363$ $khi^2=1,27$

Tableau XXXIII: répartition des femmes selon le bassin osseux et la voie d'accouchement

Bassin osseux	Voie d'accouchement			
	Césarienne		Voie basse	
	EFF	%	EFF	%
Normal	13	65	82	100
Limite	6	30	0	0
BGR	1	5	0	0
Asymétrique	0	0	0	0
Total	20	100	82	100

$P=0,0000002$ et le $khi^2=30,81$

Tableau XXXIV: répartition des femmes selon le poids du nouveau-né et la voie d'accouchement

Poids du nouveau-né	Voie d'accouchement			
	Césarienne		Voie basse	
	EFF	%	EFF	%
< 2500g	2	10	22	26,83
2500g - 3500g	15	75	58	70,73
> 3500g < 4000g	3	15	0	0
≥ 4000g	0	0	2	2,44
Total	20	100	82	100

$P = 0,00088$ et le $khi^2 = 14,06$

Tableau XXXV: répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute

Score d'Apgar à la 1^{ère} minute	Voie d'accouchement			
	Césarienne		Voie basse	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	4	20	10	12
≥ 7	16	80	72	88
Total	20	100	82	100

$P = 0,3631$ $khi^2 = 0,83$

Tableau XXXVI: répartition des nouveau-nés selon la voie d'accouchement et score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Voie d'accouchement			
	Césarienne		Voie basse	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	1	5	2	2,4
≥7	19	95	80	97,6
Total	20	100	82	100

$P=0,543$ $khi^2=0,37$

Tableau XXXVII: répartition des femmes selon le suivi de la grossesse et niveau d'instruction

CPN	Niveau d'instruction			
	Non scolarisée		scolarisée	
	EFF	%	EFF	%
OUI	30	57,7	45	90
NON	22	42,3	5	10
Total	52	100	50	100

$P=0,00021$ et le $khi^2=13,67$

Tableau XXXVIII: répartition des femmes selon le suivi de la grossesse et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Suivi de la grossesse			
	Oui		Non	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	10	13	4	15
≥7	65	87	23	85
Total	75	100	27	100

$P = 0,847$ et le $khi^2 = 0,04$

Tableau XXXIX: répartition des femmes selon le suivi de la grossesse et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} minute

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Suivi de la grossesse			
	Oui		Non	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	1	1,3	2	7,4
≥7	74	98,7	25	92,6
Total	75	100	27	100

$P = 0,109$ $khi^2 = 2,57$

Tableau XXXX: répartition des femmes selon les manœuvres obstétricales utilisées et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Manœuvres obstétricales					
	Bracht		Mauriceau		Lovset	
	EFF	%	EFF	%	EF F	%
0	0	0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0	0	0
4-6	10	13,51	4	50	0	0
≥7	64	86,49	4	50	0	0
Total	74	100	8	100	0	100

Tableau XXXXI: répartition des femmes selon les manœuvres obstétricales utilisées et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} minute

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Manœuvres obstétricales					
	Bracht		Mauriceau		Lovset	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0	0	0
4-6	2	2,7	1	12,5	0	0
≥7	72	97,3	7	87,5	0	100
Total	74	100	8	100	0	100

Tableau XXXXII: répartition des femmes selon la parité et le mode de présentation

<i>Parité</i>	<i>Mode de présentation</i>			
	<i>Siège complet</i>		<i>Siège décomplété</i>	
	EFF	%	EFF	%
Primipare	14	46,67	9	12,5
Paucipare	4	13,33	17	23,61
Multipare	10	33,33	26	36,11
Grande multipare	2	6,67	20	27,78
Total	30	100	72	100

$P = 0,00090$ et le $khi^2 = 16,47$

Tableau XXXXIII: répartition des femmes selon le mode de présentation et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute

<i>Score d'Apgar à la 1^{ère} minute</i>	<i>Mode de présentation</i>			
	<i>Siège complet</i>		<i>Siège décomplété</i>	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	8	26,67	6	8,33
≥7	22	73,33	66	91,67
Total	30	100	72	100

$P = 0,0142$ et le $khi^2 = 6,01$

Tableau XXXIV: répartition des femmes selon le mode de présentation et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Mode de présentation			
	Siège complet		Siège décompleté	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	2	6,67	1	1,4
≥7	28	93,33	71	98,6
Total	30	100	72	100

$P = 0,150$ $khi^2 = 2,02$

Tableau XXXV: répartition des femmes selon la durée d'expulsion et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 1^{ère} minute

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Durée d'expulsion			
	<45 mn		>45mn	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	3	3,9	11	42,3
≥7	73	96,1	15	57,7
Total	76	100	26	100

$P = 0,0000009$ et le $khi^2 = 24,07$

Tableau XXXVI: répartition des femmes selon la durée d'expulsion et le score d'Apgar des nouveau-nés à la 5^{ème} minute

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Durée d'expulsion			
	< 45mn		> 45mn	
	EFF	%	EFF	%
0	0	0	0	0
1-3	0	0	0	0
4-6	1	1,3	2	7,7
≥7	75	98,7	24	92,3
Total	76	100	26	100

$P = 0,0966$ $khi^2 = 2,76$

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:

1. Difficultés et limites:

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

- 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).

2. Fréquence :

Nous avons colligé pendant la période d'étude **4435** accouchements dont **102** accouchements par le siège soit une fréquence de 2,29% de l'ensemble des accouchements.

Tableau I : fréquences et auteurs

AUTEURS	EFFECTIF	POURCENTAGE
Dicko B. Mali 2001 ^[16]	103	1,42%
Touré M. Mali 2006 ^[32]	105	2,1%
Makoumbou P. Congo 2002 ^[33]	345	4,7%
Marinho O A. Nigéria 1996 ^[34]	-	2,1%
Suzanne F. France 1979 ^[22]	1475	2,15%
Hannah M E. , Hannha W J. Canada 2000 ^[35]	-	3%
Kutlar I. Turquie 1997 ^[36]	1040	2,4%
Notre étude au Mali, en 2013	102	2,29%

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

Notre taux moyen de présentation de siège s'expliquerait :

par le fait que nous avons inclu les grossesses multiples et les accouchements prématurés qui sont fréquemment associés à la présentation du siège.

a. Caractéristiques sociodémographiques :

a.1.Age :

La majorité des patientes soit 71,58 % avaient un âge compris entre 20 et 35 ans. L'âge moyen de nos parturientes était de 26 ans et 6 mois dans les populations.

Ce résultat est proche de ceux de Koné M. ^[3] au Mali et Farsi I F. au Sénégal ^[2] qui ont rapporté respectivement un âge moyen de 26 ans et 27 ans.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre la tranche d'âge et la voie d'accouchement dans cette étude avec une probabilité $P = 0,552$

a.2.Profession :

La population féminine Malienne est majoritairement composée de ménagères.

Ainsi nous avons enregistré 57,8% de ménagères. La plupart des études effectuées au Mali rapportent des taux nettement élevés de ménagères. Ainsi : Dicko B. ^[16] en 2001, Koné M. ^[3] en 2004, et Touré M. ^[32] en 2008 au Mali (Bamako) ont rapporté dans leurs études respectives 91,3%, 71,43%, et 90,5% ; taux largement supérieurs au nôtre. Il s'agit le plus souvent de gestantes non scolarisées et surtout n'ayant pas effectué pour la majeure partie une échographie durant la grossesse ; donc très peu informées sur les risques liés à ce type de situation au cours de la grossesse.

a.3.Parité :

Nous avons enregistré 22,5% de primipares, 20,6% de paucipares. D'autres auteurs comme Koné M. ^[3] et Touré M. ^[32] Mali (Bamako) ont rapporté 33,6% et 38,1% de primipares avec 37,83% et 21,9% de paucipares.

Les multipares et les grandes multipares ont constitué respectivement 35,8% et 21,6%. Dans cette étude il existe une corrélation statistiquement significative entre la parité et le mode de présentation avec une probabilité $P=0,00090$

a.4. Antécédents chirurgicaux :

7,84% de nos parturientes avaient un antécédent de césarienne et 4,9% un antécédent de myomectomie. Des taux d'antécédent de césarienne comparable au nôtre ont été rapportés par Koné M. ^[3] et Dicko B. ^[16] soit respectivement 10,92% et 11%. Les antécédents de césarienne ont été retrouvés associés à l'accouchement par le siège dans respectivement 4,8% et 7,4% des cas dans les études de Touré M. ^[32] au Mali et Farsi I F. ^[2] au Sénégal.

a.5. Suivi de la grossesse :

73,5% de nos parturientes ont effectué des suivis prénatals. Ce taux est supérieur à celui de Manefoue HM. ^[37] 9,4% au CHU du Point G en 2008. D'autres auteurs comme Brahim O. ^[38] en Tunisie ; et Farsi I L. ^[2] 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.

26,5% de nos parturientes n'ont pas effectué de suivi prénatal.

24,5% de nos parturientes nous ont été adressées par d'autres structures socio-sanitaires. Il s'agit des 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. Dans cette étude il existe une corrélation statistiquement significative entre le suivi de la grossesse et le niveau d'instruction avec une probabilité $P= 0,00021$

b. Examen clinique :

b.1. Taille de la parturiente :

En obstétrique l'évaluation de la taille est importante dès l'admission de la gestante dans la salle de travail. 17,64% de nos parturientes avaient une taille inférieure à 150 cm. La taille moyenne de nos parturientes était de 159cm.

D'autres auteurs comme Farsi IF. ^[2] au Sénégal et Rosenau L. ^[21] en France ont rapporté des tailles moyennes respectivement de 163cm et 162cm.

b.2. Rythme cardiaque fœtal :

L'appréciation du rythme cardiaque fœtal systématique à l'admission a été faite exclusivement au stéthoscope de Pinard. Dans cette étude, nous avons trouvé chez les parturientes une fréquence de bradycardie de 4,9%. Koné M. ^[3] a rapporté en 2005 au Gabriel Touré 17,6% de bradycardie.

b.3. Présentation fœtale :

29,41% des fœtus à l'admission étaient en présentation du siège complet contre 70,59% en présentation du siège décomplété.

Des auteurs ^[37, 3, 32] ont rapporté respectivement 59,4%, 54,6%, et 51,4% de siège complet contre 40,6%, 45,4% et 48,6% de mode décomplété ;

Les primipares avec une présentation du siège complet représentaient 46,67% contre 12,5 % de siège décomplété.

La variété sacro-iliaque gauche antérieure a été la plus fréquente avec 61,8%.

Chez nos parturientes, nous avons trouvé 81,4% de présentations engagées.

c. Accouchement :

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

La césarienne a été effectuée chez 35 % des multipares, ceci pourrait s'expliquer par la fréquence élevé de multipares parmi nos parturientes.

La principale indication de la césarienne a été la présentation du siège sur anomalie du bassin associée à d'autres facteurs (souffrance fœtale aigue, gros fœtus en présentation du siège, procidence du cordon et les grossesses multiples). Dans cette étude il existe une corrélation statistiquement significative entre le bassin osseux et la voie d'accouchement avec une probabilité $P=0,0000002$, une autre corrélation est remarquable entre le poids du nouveau-né et la voie d'accouchement avec une probabilité $P=0,00088$

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

CONTINENT	AUTEURS	PAYS	FREQUENCE	ANNEE
AFRIQUE	Messaoud L. ^[38]	Tunisie	18%	1993
	Farsi I F. ^[2]	Sénégal	32%	1997
	Dicko B. ^[16]	Mali	30%	2001
	ILesanmi O A. ^[34]	Nigeria	15%	1996
	Notre étude	Mali	35%	2013
EUROPE	Denis A. ^[21]	France	47,9%	1990
	Saunders N J. ^[39]	Angleterre	90%	1996
	Morabia A. ^[40]	Suisse	45,4%	1998
	Koo M R. ^[41]	Pays-bas	44,4%	1998
USA	Loras ^[42]	USA	82%	1995
	Schiff E. ^[43]	USA	61,4%	1996

Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés et varient entre 44,4% et 90%. ^[41,39].

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

Les manœuvres obstétricales utilisées ont été dominées par celles de Bracht 72,6% et Mauriceau 7,8%. Lovset et Vermelin n'ont pas été pratiquées dans notre série.

Le temps d'expulsion au cours des accouchements par voie basse est inférieur ou égal à 45 minutes chez la plupart des parturientes (90,19%).

d. Pronostic :

d.1. Pronostic maternel :

Dans la littérature plusieurs types de complications maternelles ont été décrits ^[32] tous comme dans notre étude.

Ces complications sont fonction des facteurs qui sont soit liés à la grossesse elle même (suivi), soit au mode d'accouchement, ou les deux. Ainsi les complications morbides les plus fréquemment rencontrées ont été les déchirures des parties molles et la suppuration pariétale. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel. La suppuration pariétale enregistrée dans notre étude a été observée uniquement chez une parturiente évacuée ; elle n'était pas liée à la présentation du siège elle-même mais constitue une complication morbide rencontrée quelque fois après une césarienne. Si le pronostic maternel est en général bon dans l'accouchement en cas de présentation du siège, l'augmentation de la fréquence des césariennes est un facteur à prendre en compte.

d.2. Pronostic foetal :

La souffrance foetale aiguë a été la principale complication foetale retrouvée par la plupart des auteurs ^[3]. Dans notre étude, la fréquence de la souffrance foetale aiguë chez nos parturientes était de 6,9%.

Nous avons trouvé deux cas de luxation de l'épaule soit 1,9%.

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

Dans cette étude nous avons constaté une influence du mode de la présentation sur le score d'Apgar à la 1ere minute avec une probabilité $P=0,0142$.

6,67% des nouveau-nés en présentation de siège complet ont eu un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute contre 1,4% de nouveau-nés en présentation du siège décomplété. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Dicko B. ^[16] et Koné M. ^[3] qui ont noté respectivement 36,5% contre 22% et 33,84% contre 12%.

Le pronostic fœtal dans notre étude a été influencé par la durée d'expulsion avec une probabilité $P=0,0000009$.

En effet les scores d'Apgar aux 1^{ère} et 5^{ème} minutes ont été mauvais quand la durée d'expulsion est supérieure à 45 minutes. Ceci s'expliquerait par le fait qu'en cas d'expulsion prolongée surtout si les manœuvres obstétricales mal faites sont associées, il s'installe une hypoxie qui aboutit à l'altération du score d'Apgar.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION:

Nos résultats confirment que l'accouchement par le siège est un accouchement à haut risque, et doit nécessiter une sélection prudente des cas éligibles à l'accouchement par la voie basse et une gestion rigoureuse du travail d'accouchement avec des équipes entraînées. Dans ces conditions, il apparaît totalement abusif de préconiser comme mode d'accouchement unique la césarienne dans toutes les présentations du siège chez les primigestes.

RECOMMANDATION

VIII. RECOMMANDATIONS:

1. Aux prestataires :

- Référer tout accouchement du siège spécifiquement chez les primipares vers des centres spécialisés ;
- 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 ;
- Mieux maîtriser les manœuvres obstétricales ;
- Promouvoir et veiller à une meilleure application du plan d'accouchement.

2. Aux autorités :

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue du personnel médical dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et de l'accouchement du siège en particulier ;
- Mettre à la disposition du personnel un plateau technique suffisant.

3. 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 ;
- Honorer les examens complémentaires notamment l'échographie du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

REFERENCES :

1. Robert M. , Jean L. , Jean M.

Précis d'obstétrique. Présentation du siège. *Masson 6è Edit Paris 1995.618*

2. Farsi I F.

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

3. Koné M.

Accouchement en présentation par le siège pronostic foetal et maternel dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. *Thèse de Med, Bamako, 2005 N°359*

4. Wright RC.

Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of caesarean section., *Obstet Gynecol, 1959, 14, 758.*

5. Raudrant D. , Vaudoyer F. , Golfier F. , Champion F.

Voie basse ou césarienne ? La présentation du siège à terme : les arguments pour la césarienne de principe. *Gynecol. Obstet. Fertil.2001Oct.29 (10):729-32.*

6. Dufour P.

Présentation du siège : le dernier jour de la voie basse ? *Gynecol. Obstet. Fertil .2001 May, 29(5) :337-8.*

7. Rozenberg P.

A la question du mode d'accouchement du siège, la reponse est au dessus de la ceinture. *J .Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.(Paris). 2001 Apr. 30 (2): 1969.*

8. Georges P.

L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible ? » *XIVè JTA avancées en gnécologie obstétrique Pma et pédiatrie 1999 ; 1-6.*

9. Denis A. , Texier M. , Rouchy R.

Le pronostic foetal en présentation du siège : évaluation d'un coefficient de risque. *Rev Fr Gynecol Obstet 1976 ; 71, 5 : 309-16.*

10. Grazon A. , Henrion R.

Présentation du siège. *Edit technique, Encycl Med Chir (Paris), Obstétrique, 5026, 110, A20 ; 1967.*

11. Hickok D. , Gordon D. , Milberg J. , Wiliam M. , Daling J.

The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large retrospective study. *Am J Obstet Gynecol. 1992; 166:851-2.*

12. Delotte J. , boulibi L.

Accouchement du siège : quel est le débat ? *www.lesjta.com*

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

14. Kayen G.

Voie d'accouchement en cas de présentation du siège. *J.Gynecol obstét Biol Reprod 1981;10:623*

15. Barba Arino-Monnier P., Boutroy J L.

La présentation du siège. *Obstétrique, Ellipses, Paris, 1995 ; 435 : 162-73.*

16. Dicko B.

Accouchement du siège, pronostic foetal à propos de 103 cas. *Thèse Med, Bamako, 2001. N° 67.*

17. Lansac J.

Obstétrique pour le praticien : accouchement et suites de couches. Paris ; Masson, 3^{ème} Edit, 19976. 473p.

18. Picaud J C. , Salle B L. , Audra P. , Walther M. , Boussemart T.
L'accouchement en présentation par le siège à terme. Point de vue du néonatalogue. *XIVè J T A en Gynecol Obstet*, 1999.42 :391-6

19. Creze J.

Le pronostic foetal de la procidence du cordon dans la présentation du siège. *Gynecol obstet* 1956; 55: 333-5.

20. Claudine Amiel-Tison .

Le devenir des enfants nés en présentation du siège. *Gazette Med* 1984 ; 91, 37.

21. Rosenau L. , Grosieux P. , Denis A. , Lahlou N. , Fournis H.

Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990 ; 85, 5 : 271-81.

22. 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 : 349-56.

23. Cheng M., Hannah M.

Breech delivery at term: ca critical review. *Jr of Perinat Med* 1989; 17, 2 : 121-6.

24. Dubois J.

Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. *Gynécol Obstet Biol Reprod* 1981 ; 10 : 479-92.

25. Barrier J.

Présentation du siège. *Rev Prat* 1975 ; 25 : 179-88.

26. Amiel-Tison C.

Asphyxial drain damage: out come IX^e congrès européen de médecine périnatale. *Dublin 1984, sous presse.*

27. Chabert P., Coll H., Mattel M. , Callec M.

Doit-on faire encore des versions par manœuvre externe dans la présentation du siège ? *Rev Fr Gynecol Obstet 1992 ; 6-8 : 633-40.*

28. Lacomme M.

Pratique obstétricale. *Mason, 2^e Edit Paris, 1960.453*

29. Rachdi R.

Les différentes présentations du bébé : la position en vue de naissance. *Paris ; Vigot ; Gyneco Obstet ; 1996. 7-27.*

30. Creazy. , Rosnik.

Maternal and foetal medicine. Saunders philadelphia 1984. *Br Jr of Obstet Gyneacol 1997; 104, 11: 1233-291.*

31. Wiegers. , Hannah.

Présentation du siège et accouchement à domicile. *Dossier Obstet 2001 ; 295 : 36.*

32. Touré M.

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

33. Macombou P., Buambo B. et coll .

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

34. Ilesanni O A. , Sobowale O A. , Marinho O A.

Out come of 44 & breech singleton deliveries at the catholic hospital oluyoro. *Ibadan African J of medecine and medical sciences 1996 ; 25 (1) :41-6.*

35. 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.*

36. 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.*

37. Manefoue H M.

Accouchement et présentation du siège à propos de 96 cas. *Thèse de Med Bamako, 2008.*

38. 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*

39. St. Saunders N J.

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

40. Irion O., Hisbrunner A L. , Morabia A.

Planned vaginal delivery versus elective cesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Br J of Obstet and Gynecol 1998; 105 (7): 710-7*

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

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

42. Laros R K. , Flanagan T A. , Kilpatrick S J.

Management of term breech presentation: a protocol of external cephalique version and selective trial of labor. *Am J of Obstet and Gynecol 1995; 172 (6): 1916-23.*

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

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Adama Sekouba

Adresse : Sidibeadama313@yahoo.fr

Titre : Pronostic fœto-maternel des accouchements en présentation du siège au service gynécologie et obstétrique du Centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati.

Pays d'origine: Mali

Année de soutenance :

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de l'Université de Bamako.

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective transversale menée dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre de santé de référence Major Moussa Diakité de Kati de janvier 2012 à juin 2013.

L'étude visait à :

- Déterminer la fréquence des accouchements par le siège ;
- Etudier le profil socio-démographique des parturientes ;
- Déterminer la voie et le mode d'accouchement dans la présentation du siège ;
- Déterminer les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement du siège.

Au terme de cette étude, nous avons noté une fréquence de 2,29% de l'ensemble des accouchements. Le mode de présentation le plus fréquent a été le siège décomplété 70,59%. Il s'agit surtout de la variété sacro-iliaque gauche antérieure (61,80%). La voie basse a été privilégiée au cours de ces accouchements 80,4% contre 19,6% de césariennes. Le pronostic maternel reste en général bon dans l'accouchement en présentation par le siège. Plusieurs facteurs comme la voie d'accouchement, le mode de présentation, la durée d'expulsion et les manœuvres obstétricales utilisés ont influencé le pronostic fœtal.

Les complications fœtales ont été dominées par la souffrance fœtale aiguë (6,9%), suivie de la luxation de l'épaule (1,9%).

Le pronostic maternel est en général bon quel que soit la voie d'accouchement. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel

Mots-clés : Accouchement du siège, pronostics fœto-maternels.

FICHE D'ENQUETE SUR L'ACCOUHEMENT DU SIEGE AU CSREF DE KATI

Nom et Prénom : / _____ /

{1} Age: / ___ / (année)

{2} Profession: / _____ / (1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève, 4=étudiante, 5=commerçante, 6=autre)

{3} Ethnie: / _____ / (1=bamanan, 2=sarakolé, 3=peulh, 4=malinké, 5=khassoké, 6=maure 7=senoufo, 8=bobo, 9=autre)

{3a} Autres: / _____ /

{4} Résidence: / _____ /

{5} Statut matrimonial: / ___ / (1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve)

{6} Niveau d'instruction : / ___ / (1=non scolarise, 2=primaire, 3=second, 4=supérieur)

{7} Profession du conjoint: / _____ / (1=fonctionnaire, 2=paysan, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=autres)

{7a}Autres: / _____ /

{8} Niveau du conjoint: / ___ / (1=non scolarise, 2=primaire, 3=second, 4=supérieur)

II ANTECEDENTS

Familiaux

{9} Malformation utérine: / ___ / (1=Oui/2=Non)

{9a}Autres: / _____ /

Chirurgicaux:

{10} Myomectomie: / ___ / 1=Oui/2=Non)

{11} Césarienne: / ___ / (1=Oui/2=Non)

{11a}Si oui indication:/ _____ /

{12} Hystérorraphie : / ___ / (1=Oui/2=Non)

{13} Plastie utérine: / ___ / (1=Oui/2=Non)

Gynécologique

{14} Fibrome utérin: /___/ (1=Oui/2=Non) {15} Malformation utérin: /___/
(1=Oui/2=Non)

{16} Synéchie utérine: /___/ (1=Oui/2=Non)

Obstétricaux

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

{18} Parité: /___/ (1= primipare, 2=paucipare 3= multipare 4=grande multipare)

{19} Gémellité: /___/ (1=Oui/2=Non) {20} Antécédent de siège /___/
(1=oui/2=Non)

III SUIVI DE LA GROSSESSE

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

{21a} Si oui nombre CPN: /___/

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

{21c} Auteur CPN: /___/ (1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage-femme, 4=autre)

{21d} Autre: /_____/

{22} Diagnostic du siège: /___/ (1=Avant travail d'accouchement, 2=au cours du travail d'accouchement)

IV MODALITES D'ADMISSION

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

{23a} si évacuée motif: /_____/

V EXAMEN A L'ENTREE

{25} Examineur: /___/ (1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=Interne, 4=Sage-femme)

{26} Taille: /___/ (cm)

{27} Poids: /___/ (kg)

{28}

Hauteur utérine: /___/(cm)

{29} Rythme cardiaque fœtal : /___/(battement /min) {30} Hauteur de la présentation: /___/ (1=engagé, 2=non engagé)

{31} Mode de présentation: /___/ (1=complet, 2=décompleté)

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

{33} Dilatation col: /___/ (cm) {34} Membranes: /___/ (1=intactes, 2=rompues)

{34a} Si rompue: /___/ (1=prématurément, 2=précocement, 3=tempestivement)

{34b} Délai de rupture: /___/ (H/min)

{35} Bassin osseux: /_____/

{36} Facteur de risque associé: /___/ (1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur praevia, 4=hydramnios, 5=hypotrophie fœtale, 6=gémellité, 7=prématurité, 8=autres)

{37} Autres: /_____/

{38} Age de la grossesse: /___/(SA) {39} Pathologie associée: /___/(1=Oui/2=Non)

{39a} HTA:/___/(1=Oui/2=Non) {39b} diabète:/___/ (1=Oui/2=Non)

{39c} drépanocytose:/___/(1=Oui/2=Non) {39d} asthme:/___/(1=Oui/2=Non)

{39e} insuffisance cardiaque:/___/(1=Oui/2=Non) {39f} insuffisance rénale:/___/(1=Oui/2=Non)

{39g} Autre /_____/

VI EXAMENS COMPLEMENTAIRES

{40} Cardiotocographie: /___/ (1=Oui/2=Non) {40a} Si oui résultat: /___/ (1=Oui/2=Non)

{41} Echographie: /___/ (1=Oui/2=Non)

{41a} Si oui résultat: /_____/

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

{42a} Si oui résultats: / _____ /

VII ACCOUCHEMENT

{43} Identité accoucheur: / _____ / (1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme)

{44} Début du travail: / _____ / (H) {45} Fin de dilatation: / _____ / (H)

{46} Durée d'expulsion: / _____ / (H/Min) {47} Fin du travail: / _____ /

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

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

{48a} Si césarienne indication: / _____ /

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

{50} manœuvres obstétricales: / _____ / (1=Bracht 2=Moriceau, 3=Vermelin, 4=Autres)

{50a} Autres: / _____ /

{50b} Auteur manœuvre : / _____ / (1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage-femme)

{51} Complications du travail: / _____ / (1=Oui/2=Non) {51a} Dystocie dynamique: / _____ / (1=Oui/2=Non),

{51b} Dystocie mécanique: / _____ / (1=Oui/2=Non) {51c} Hémorragie: / _____ / (1=Oui/2=Non)

{51d} Rupture utérine: / _____ / (1=Oui/2=Non) {51e} Procidence du cordon: / _____ / (1=Oui/2=Non)

{51f} Déchirure du col : / _____ / (1=Oui/2=Non) {51g} Déchirure du vagin : / _____ / (1=Oui/2=Non)

{51h} Déchirure du périnée: / _____ / (1=Oui/2=Non)

{51i} Autre: / _____ /

{52} Délivrance: / _____ / (1=manuelle, 2=artificielle, 3=active, 4= dirigée)

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

{54} Révision utérine: /___/ (1=Oui/2=Non)

{54a} Si oui pourquoi: /_____/

{54b} Si oui résultat: /_____/

VIII EXAMEN DU NOUVEAU NE ET DE SES ANNEXES

Nouveau né à la naissance

{55} Sexe de j1: /___/ et de j2 /___/ (1=M, 2=F)
/___/ (gr) et de j2/___/(gr)

{56} Poids de j1:

{57} Taille de j1: /___/ (cm) et de j2: /___/(cm)
/___/ (cm) et de j2: /___/(cm)

{58} PC de j1:

{59} Malformation : /___/ (1=hydrocéphalie, 2=anencéphalie, 3=spina-bifida, 4=omphalocèle, 5=autres)

{59a} Autres: /_____/

{60a} Score d'Apgar de j1 :1^{ère} min: /___/ et apgar de j2 :1^{ère} min: /___/

{60b} Score d'Apgar de j1 :5^{ème} min: /___/ et apgar de j2 :5^{ème} min: /___/

{60c} Score d'Apgar de j1: 10^{ème} min: /___/ et apgar de j2:10^{ème} min: /___/

{61} Réanimé: /___/ (1=Oui/2=Non)
/___/ (min)

{61a} Si oui durée:

{62} Evacué: /___/ (1=Oui/2=Non)

{62a} Si oui motif: /___/ (1=SFA, 2=fracture, 3=paralysie plexus brachial
4=luxation épaule, 5=autres)

{62a1} Autres: /_____/

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

Cause DCD /___/

{63a} SFA :/___/(1=Oui/2=Non)
cordon:/___/(1=Oui/2=Non)

{63b} Procidence du

{63c} Rétention de la tête dernière:/___/(1=Oui/2=Non)
praevia: /___/(1=Oui/2=Non)

{63d} Placenta

{63e} Dystocie: /___/(1=Oui/2=Non) {63f}
Prématurité: /___/(1=Oui/2=Non)

{63g} Traumatisme obstétrical: /___/(1=Oui/2=Non) {63h}
Malformation: /___/(1=Oui/2=Non)

{63i}
Autre: /_____ /

Cordon ombilical

{64} Longueur: /___/ (cm) {65} Insertion: /___/ (1=centrale,
2=marginale)

{66} Bretelle: /___/ (1=Oui/2=Non) {67} Circulaire: /___/
(1=Oui/2=Non)

{67a} Si oui : /___/ (1=unique, 2=multiple)

{68} Autre: /_____ /

IX PRONOSTIC MATERNEL

{69} Complications: /___/ (1=Oui/2=Non) {69a}
Déchirure col: /___/(1=Oui/2=Non)

{69b} Déchirure vulvo-vaginale: /___/(1=Oui/2=Non) {69c}
Déchirure Périnéale: /___/(1=Oui/2=Non)

{69d} Fistule vésico-vaginale: /___/(1=Oui/2=Non) {69e} Fistule
Rectovaginale: /___/(1=Oui/2=Non)

{69f} Hémorragie: /___/(1=Oui/2=Non) {69g}
Suppuration pariétale: /___/(1=Oui/2=Non)

{69h} Autre: /_____ /

{70} DCD mère: /___/ (1=Oui/2=Non)

{70a} Si DCD cause: /_____ /

Serment d' Hippocrate

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !