

Ministère de l'Education
Université du Mali

République du Mali
Un peuple-Un but-Une foi

Année: 2000-2001

N°/ 67 /

**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie**

**Accouchement du siège
Pronostic foetal
A propos de 103 cas
Au centre de santé de référence de la commune 5**

Thèse

Présentée et soutenue: Mercredi le 04 Avril 2001

Par: **Brahima DICKO**

Né le 05 Décembre 1970 à Boni/Douentza/Mopti

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

Jury

- Président: Professeur Toumani SIDIBE
- Membres: Docteur Salif DIAKITE
Docteur Bouraïma MAIGA
- Directeur de thèse: Docteur SY Aïda SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2000 - 2001

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Mamadou L. DIOMBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssef COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme Konipo Fanta TOGOLA
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Issa DIARRA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ophtalmologie
Stomatologie
Orthopédie. Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Générale
Orthopédie Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
ORL
ORL
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Gynéco-Obstétrique
Orthopédie - Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie **Chef de D.E.R.**
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE

Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie - Virologie
Histoembryologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdrahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Benoît KOUMARE
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Amagana DOLO
Mr Kaourou DOUCOURE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Chimie Analytique
Biophysique
Parasitologie
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE

Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Abdel Kader TRAORE

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Hématologie
Dermato-Leprologie
Gastro-entérologie
Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE

Médecine Interne
Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mme Tatiana KEITA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Diankiné KAYENTAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Mamadou B. CISSE
Mr Arouna TOGORA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Adama D. KEITA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Néphrologie
Psychiatrie
Pédiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Psychiatrie
Endocrinologie
Radiologie
Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

Dédicaces

•

- **A mon père** *Amadou Mamoudou Dicko (in memorium)*
et à ma mère *Djénéba Allaye Cissé*

Très chers parents aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance.

Mes tantes *Doudel, Mariam, Coumbel, Ada, Assia, Atta, Adama. Fene Hawa.*

Mes sœurs *Fatoumata H., Djénéba H., Aminata, Aye A., Mariam, Aye H., Hadiara A., Salamata, Hadiara H.*

Mes frères et sœurs *qui n'ont pas eu la chance de fréquenter l'école ou de continuer les études.*

Mes frères *Hassim et Boucary je souhaite très bonne chance et surtout du succès dans les études.*

Mes très chers neveux et nièces *:Ayya, Abba, Dicorè, Nassourou, Hassim, Feu Ba Aye.*

Tous mes cousins et cousines *pour leurs contributions à la réalisation de ce travail.*

- **Ma très bien aimée et "chère petite mère"** *Wassa Doumbia, sincères remerciements et reconnaissance pour tout, merci pour ton soutien inestimable Wa.*

➤ **Mon cher aîné, maître et ami Docteur Daniel Kertesz** *Epidémiologiste au Bureau National de l'OMS , grand merci, think you very much for your contribution Dan Ciwara.*

➤ **Tous mes amis** *d'enfance qui n'ont pas eu la chance et le plaisir de fréquenter l'école ou de continuer les études pour de multiples raisons souvent très regrettables.*

Toute la population de BONI *pour les encouragements et soutiens sans faille tout au long de mes études.*

Tous mes maîtres *de premier cycle, second cycle, des Lycées Prosper Kamara, Badala pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.*

Tous mes professeurs *de l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie pour la qualité de l'encadrement.*

• **Tous les nouveau-nés** *de la maternité du centre de santé de référence commune V auxquels nous souhaitons la bienvenue sur ce vaste territoire africain du Mali où la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale reste un passage obligé pour un développement harmonieux.*

Remerciements

A mes pères

Boureïma Hamadou Cissé, Moussa Dicko, Hassim Ongoïba, Guiré Ongoïba, Guirou Amapirou et toutes leurs familles pour leurs accueils et soutien tout au long de mon séjour de Douentza.

Boureïma Ganaba et sa famille à Hombori pour sa contribution.

Ibrahim Dicko, Ali Bah, Apènè Kodio et Feu Amen Kodio et toutes leurs familles pour l'accueil et le soutien pendant mon séjour de Sévaré.

Ousmane Tamboura, Boucary Tamboura, Saloum Tamboura, Mbeydari Tamboura, Oumar Tamboura, Allaye Dicko, Aly Sankaré, Aly Nouboum Diallo, Mamadou Pamanté, Abdramane Niang, Amadou Katilé, Sékou Bougady Traoré, Moussa Diawara, Paul Bittard. et toutes leurs familles pour la contribution à la réussite de mes études.

Général Tiécoura Doumbia

Colonels: Issa Ongoïba, Amadou dit Bah Touré, Elimane Mariko, Tiéfolo Togola, Feu Ousmane Daou et toutes leurs familles.

➤ **A mon père BEN AYA** et toutes ses familles de Dakar et de Bamako pour la particulière hospitalité légendaire Malienne ou Sénégalaise.

➤ **Mon frère** le Docteur Mahamane Taber Touré et son épouse Hawa Dicko à Dakar pour l'accueil et l'hospitalité.

Aux Professeurs Mamadou Lamine Sow et Mounirou Cissé à Dakar.

Aux Professeurs F.Zhionu et Rafik Gharbi à Tunis pour les conseils et contributions à la réussite de ce travail.

➤ **Mes maîtres** du 1^{er} cycle de Boni, Seconds cycles de Douentza et Sévaré, Lycées Prosper Kamara et Badala pour leur disponibilité et la mission bien accomplie.

Mes maîtres

Colonel Professeur Gangaly Diallo

Colonels Docteurs Nouboum Bah, Elimane Mariko, Abdoulaye Diallo Ophthalmologue, et Abdoulaye Diallo Anesthésiste-Réanimateur

Professeur Abdoulaye Diallo Anesthésiste-Réanimateur.

Docteur Harouna Togola.

➤ **Mes frères**

Abdoulaye Sidi Dicko, Moustapha Dicko, Feu Hamadou Amadou Dicko, Saloum Ould Youbba, Oumar Dicko, Oumar Hammadoun Dicko, Housseiny Dicko, Bouréïma Maïga Housseiny Cissé, Bilaly Ouologuem, Boubacar Diallo, Samba Dicko, Daouda Maïga, Amadou Dicko, Ousmane Dicko, Boucary Dicko, Allaye B Dicko, Amadou Bocoum, Boura Sy, Bréhima Konaré, Drissa Diaby,

➤ **Mes frères** Abdoulaye Bocoum, **Colonel** Nouboum Sangaré , Djibril Ben et Abdoul Aziz Ben Aya.

La très chère mère de mes enfants Madame Maïga Fatoumata Sidibé

Mes cousines, sœurs ou filles : Fanta Dicko, Dicorè, Dicodiadié, Coumba, Kadji,

Ma chères sœurs et cousines Aminata et Coumbarè Amadou Dicko.

Mes frères et amis d'enfance : Ousmane Arsiké Tamboura, Belco et Oumar Tamboura, Ousmane Cissé, Hamadoun M. et Hamadoun S. Dicko, Amadou Dicko, Feu Amadou Hamadoun Dicko.

Mes frères Hassane Barry, Moulaye Idriss Dicko, Boucary Maliky Tamboura et tous leurs compagnons d'armes de la compagnie para de Koulouba.

Mon logeur Kanté du village du Point G.

A mes aînés Docteurs: Oumar Traoré dit Jab, Ibrahim Tégouété, Issa Guindo, Modibo Soumaré, Youssouf Traoré, Samankou Kéïta, Abdoul Aziz Diallo, Fanta Niaré, Modibo Dicko, Bouba Dicko, Ousmane Dicko, Alassane Dicko, Adama Dicko, Hamady et Sékou Bab, Mohamed Ag Ayoya, Soumaïla Diarra, Adama Sangaré, Ahmed Wattara, Mohamed Thiero et Foussiény Diawara, Aly Komou, Soungalo Dao, Mamoudou Diabaté etc

- **Docteurs Abdramane Dicko et Mouminatou Katilé** merci les amis.

Mes amis Abdoulaye Kéïta et Bouna Yattassaye à la faculté de médecine de Conakry.

➤ **Mes amis Docteurs Boubacari Ali Touré et Mamadou B Coulibaly** pour leur compagnie et soutien tout au long de la traversée du long et instructif cycle.

A mes frères Hamadoun Traoré, Docteur Abdoul Karim Simaga à Sélingué pour leurs contributions à la réussite de ce travail.

A tout le personnel des centres de santé de Douentza, Sélingué, "le Luxembourg", "SADIM", "Cabinet le Dely".

➤ **Aux informaticiens**:

Boubacar dit Boua Maïga du Centre de santé de référence commune V.

Aboubacar Ndiaye du bureau OMS.

Ousmane Touré du DEAP de la FMPOS.

Nouboum Timbiné de l'IOTA.

Hamadoun Sangho de la FMPOS

Merci chers amis pour votre disponibilité et contribution pour la réussite de ce travail.

Les familles : Chérif Kéïta Djikoroni ACI, Dembélé Kalaban Koro, Baba Sacko Faladié, Doumbia, Bocoum et Sow Djikoroni ACI, Sangaré et Sissoko à Magnambougou, Maïga et Sanogo au Quartier Mali, Sidibé à la Base B, Sidibé au Quartier du Fleuve etc...

Mes amis Mamadou Diarra, Djiby Ndiaye, Sibiry Traoré, Hamadoun Draméra, Fousséiny Diakité, Souleymane Ag Alassane, Issa Yara, Ousmane Yara, Yéro Karagnara, Afourou Koïta, Ousmane Koné, Salif Coulibaly, Amadou dit Diadié Cissé, Issa Diawara, Zakaria Kone, Mohamed Camara dit Gueye etc.

Mes amies Mariétou Sangaré, Aissata Sidibé, Safiatou Kanté, Fatoumata Bagayogo, Maria Dembélé, Aïcha Maïga, Ramatoulaye Haïdara, Fatoumata Togola, Tassély Touré, Adizatou Maïga, Aïcha Touré, Fanta Kéïta, Leïla Guidamogui, Kadidia Kassogné, Rokia Koné.

➤ **Ma chère amie Aphousallé Koné et toute sa famille.**

Toutes mes amies des chambres 202 : Bintou Maïga, Doufain Traoré, Raki Mbaye, Sitanfounè Coulibaly, Fatoumata Sangaré etc....

Mes cadets: Hamidou Cissé, Hammadoun Dicko, Aly Barry, Boubacar Dicko, Ibrahim Dicko, Aldiouma Dicko, Amadou Maïga, Sory Ibrahim Pamanté, Almamy Guindo, Drissa Daou, Issa Ongoïba, Sadou Ongoïba, Aïssata M Tamboura, Fatoumata Maïga, Aïssata Cissé Djénéba Yattara etc.....

Tous mes camarades de classe de l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie pour les moments de souffrance et de bonheur fraternellement partagés tout au long du cycle.

Mes camarades étudiants du village du Point G: Ibrahim Ongoïba, Djimé Dembélé, Lansény Diarra, Boubacar Diallo, Oumar Maïga, Bakary Maïga, Abdoulaye Coulibaly, Issa Kané, **Feu Souleymane Koumaré**, Soumaïla Bassy Kéïta, Ladjî Baba Sacko, Mohamed Diarra, Hama Ibrahim Maïga.

➤ **Feu Docteur Souleymane Koumaré paix à son âme**, repose en paix cher petit cousin.

Tous les INTERNES du Mali et d'ailleurs en lutte pour leurs droits après les devoirs honorablement remplis je souhaite bonne chance et courage.

Tous mes camarades de chambre : Youssouf A Dembélé, Mamadou Samaké, Diakaridia Koné.

Mes amis Noubou Diarra, Dramane Cissé, Ousmane Tapo, Abdoulaye Diarra, Abdoulaye Traoré, Adama Sangaré.

Tous mes camarades de l'EHEP pour les bons moments, et surtout l'accueil de qualité aux périodes de révision.

➤ **Tous les militants et sympathisants de:**

Sphinx club d'amitié et de réflexion

AJB: Association des Jeunes de BONI

ASUT: Association des Scolaires et Universitaires de Ténenkou

AEERD: Association des Elèves et Etudiants Ressortissants de Douentza.

AERMS: Association des Etudiants Ressortissants de Mopti et Sympathisants

Gakassiney: Association d'entraide Familiale.

RASERE puissant Etat Major de la FMPOS

- **Mes aînés du Centre de Santé de Référence Commune V:** Docteurs Diakaridia Diallo, Chacka Kokaina, Moussa Bamba, Ibrahim Sankaré, Brahim Cissé, Zakaria Traoré, Afssatou Thiam pour les enseignements et conseils fournis pour la réalisation de ce travail.

Mon camarade Docteur Mamadou Maguiraga pour la bonne collaboration et soutien.

Mes cadets du service:

Mamadou B Coulibaly dit **Général** Colby, Mamadou S Traoré dit **Capitaine**, Mamadou Sima, Moussa A Ouattara dit **MAO**, Ibrahim Kanté, Mamadou L Coulibaly, Maïmouna Coulibaly, Boubacar Diallo, Halima Cissé, Nouboum Diarra, Mariam Kêïta, Maxima Ky, Sitapha Dembélé, Bakary Dembélé etc. ...

Merci jeunes Ciwara pour votre collaboration et contribution dans la réalisation de ce travail; très sincère reconnaissance.

Tous les étudiants externes stagiaires au centre de santé de référence commune V

Mes mères et sœurs sages femmes du Centre de Santé de Référence Commune V pour la collaboration et enseignements fournis pour la réussite de ce travail.

- **Tous les médecins, anesthésistes, infirmiers, aides soignants, instrumentistes, garçons de salles, gardiens** pour la collaboration très fructueuse pour la réalisation de ce travail.
- **Tous les médecins et sages femmes stagiaires** des centres de santé de l'intérieur du pays et d'ailleurs ayant séjourné au centre de santé de référence pour apprendre et servir.
- **Toutes les familles DICKO de: Boni, Dallah, Diona, Ngouma, Ténenkou, Hombori, Gao, Gabéro, Ségou, Mopti, Bamako, Kayes,etc .**

**Remerciements particuliers
aux honorables membres du jury**

Notre maître et président du jury

Monsieur le Professeur Toumani SIDIBE

Maître de conférence agrégé de Pédiatrie

Tout l'honneur nous revient de vous avoir comme président de ce jury. Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur scientifique font de vous un président qu'il faut pour ce jury.

Notre séjour dans le service de pédiatrie nous a permis d'apprécier votre simplicité et votre humilité dans le travail de tous les jours. Nous resterons toujours vos fidèles élèves dans la vie sociale comme professionnelle.

Veillez accepter nos sincères remerciements et toute notre reconnaissance cher maître.

Notre maître et juge

Monsieur le Docteur Salif DIAKITE

**Maître de conférence en Gynécologie et obstétrique
à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-
stomatologie de Bamako.**

Cher maître, tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme juge de ce travail scientifique qui profitera de votre avis de spécialiste pour une amélioration future.

Votre esprit de critique nous permettra d'asseoir notre jugement sur ce travail.

Syndicaliste convaincu nous avons été très impressionnés par votre engagement pour la cause médicale.

Nous estimons bien votre combat permanent pour la santé de la femme malienne qui passe obligatoirement par une plus grande considération des médecins et du personnel soignant.

Toute notre reconnaissance pour avoir accepté de siéger dans ce jury.

Notre maître et juge

Monsieur le Docteur Bouraïma MAIGA

Spécialiste en Gynécologie et obstétrique

Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune 5

Chevalier de l'Ordre national

**Titulaire du Diplôme de reconnaissance pour son combat
en faveur de la santé de la femme et de l'enfant**

**Responsable de la filière sage – femme à l'Ecole Secondaire
de la Santé**

Cher maître

Vous êtes pour nous jeunes apprennants en Gynécologie et Obstétrique une référence dans le savoir être et le savoir faire.

Votre long et honorable parcours professionnel nous sert de leçon de courage et de régularité dans le travail bien fait. Le prix Ciwara 1997 décerné à l'équipe dont vous êtes l'honorable capitaine pour ne pas dire général nous condamne à la persistance dans le travail bien fait.

Aucun vocabulaire ne saurait exprimer la force et la responsabilité avec lesquelles nous soutenons le flambeau que vous avez allumé pour notre génération. Vous êtes pour nous un patron, un frère, un père, un compagnon fidèle à notre souci d'apprendre pour mieux servir.

Toute notre reconnaissance cher maître.

Notre maître et Directrice de thèse

Docteur SY Aïda SOW

Maître de conférence de Gynécologie obstétrique

Chef de service de Gynécologie à la PMI de Missira

Chère Maître

Vous nous avez fait honneur en acceptant de nous confier ce travail, qui ouvre une porte de sortie aux praticiens de l'obstétrique de notre pays toujours en quête de solutions aux innombrables et meurtriers problèmes de la population féminine.

Votre rigueur scientifique et pédagogique sont illustrées dans les résultats de ce travail .

Toute notre reconnaissance pour les conseils et l'enseignement permanents.

Abréviations

Bdcf : Bruits du Coeur foetal

Cm : centimètres

Ddl : degré de liberté

D.dynamique: Dystocie dynamique

D.mécanique: Dystocie mécanique

F. Siège: antécédent familial de siège

G.gemellaire: antécédent de grossesse gemellaire

HGT : hôpital Gabriel Touré

HNPG : hôpital national du point G

IC95% : intervalle de confiance à 95 pour cent

IMCM: institut malien de conseils en management

LC: liquide amniotique clair

LM: liquide amniotique méconial

LT: liquide amniotique teinté

LT bdcf anormaux: liquide teinté avec des bruits du Coeur du foetus anormaux

M. Bracht: manoeuvre de Bracht

M. Mauriceau : manoeuvre de Mauriceau

OIDA : occiputo iliaque droite antérieure

OIDP : occiputo iliaque droite postérieure

OIGA : occiputo iliaque gauche antérieure

OIGP : occiputo iliaque gauche postérieure

OR :Odds ratio

P : Prevalence

P.cordon : procidence du cordon

P. siège : antécédent personnel de présentation du siège

RAM : rupture artificielle des membranes

R. utérine : rupture utérine

SA : semaines d'aménorrhée

S.complet : siège complet

S. décomplété : siège décomplété

S F A : souffrance foetale aigue

SIDA : sacro iliaque droite antérieure

SIDP : sacro iliaque droite postérieure

SIGA : sacro iliaque gauche antérieure

SIGP : sacro iliaque gauche postérieure

X^2 ou Khi^2 : khi deux

< : inférieur à

\leq ou \leq : inférieur ou égal à

> : supérieur à

\geq : supérieur ou égal à

% : pourcent

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. Introduction-----	1
2. Généralités-----	4
3. Méthodologie-----	39
4. Résultats-----	43
5. Commentaires et discussions-----	63
6. Conclusion-----	83
7. Problèmes rencontrés-----	85
8. Recommandations-----	86
9. Références bibliographiques-----	87
10. Annexes-----	96

Introduction

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'axe du détroit supérieur¹. Il s'agit d'une présentation fréquente, 3 à 4%, et c'est la plus fréquente des présentations irrégulières². Aussi vieille que l'humanité la présentation du siège reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique³. L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt en partie à cause de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale associée⁴. Si les causes classiques réparties en quatre groupes qui sont : les causes utérines congénitales ou acquises, les causes ovulaires, les causes pelviennes, et les causes fœtales sont facilement retrouvées, il est important de considérer les présentations du siège sans cause déterminable⁵. Si aucun accouchement ne se présente "mathématiquement" sans risque, l'accouchement du siège est particulièrement exposé à des risques comme la souffrance fœtale avec ses séquelles à court ou long terme et la mort néonatale^{3,6}. Ces risques de mortalité et de morbidité fœtales sont de 5 à 10 fois plus importants que dans les accouchements du sommet⁷. La mortalité périnatale globale est de 4,2% tandis que la morbidité fœtale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle¹. La présentation du siège est théoriquement eutocique puisque ses principaux diamètres sont compatibles avec ceux de la filière pelvigénitale, cette eutocie est moins assurée que celle du sommet car ici les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable créant ainsi une dystocie^{5,7}. Cette dystocie responsable d'une élévation du risque de mortalité fœtale et de morbidité néonatale nécessite une collaboration étroite entre l'obstétricien et le pédiatre pour une meilleure amélioration du pronostic fœtal³. L'histoire contemporaine de l'accouchement par le siège montre que malgré l'amélioration notable du pronostic fœtal, des divergences subsistent en ce qui concerne les attitudes thérapeutiques⁷. La multitude des facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège empêche de définir une attitude thérapeutique standard face aux cas

d'accouchements dystociques⁸. La version par manœuvre externe proposée par certains auteurs est contestée par d'autres car reprochée d'être souvent impossible surtout chez la nullipare, inutile chez la multipare, et surtout d'être dangereuse car pouvant entraîner la mort du fœtus par décollement du placenta ou accident funiculaire⁵. La version par manœuvre externe a été réintroduite à l'obstétrique moderne comme une alternative sûre et efficace pour l'accouchement du fœtus en présentation du siège⁹. L'hypnose citée comme pouvant transformer une présentation du siège en présentation céphalique peut être une alternative à la version par manœuvre externe pourtant toujours proposée et pratiquée par beaucoup de milieux médicaux souvent non spécialisés⁹.

La préoccupation des obstétriciens est de considérer le devenir psychomoteur de l'enfant né, et non une simple extraction d'un fœtus même au prix des techniques les plus raffinées du monde³. Une surveillance prénatale correcte, l'établissement d'un bilan obstétrical materno fœtal, et la prise en charge néonatale précoce contribuent à améliorer le pronostic fœtal des accouchements du siège⁹.

En Afrique l'incidence des accouchements du siège varie de 1,52³ à 5,4%¹⁰. Au Mali, la dernière étude descriptive faite en 1988 dans les maternités du district de Bamako retrouve un taux de 1,72%⁵. Dix ans après, la mise à jour de la situation dans l'une de ces maternités surtout avec l'avènement et l'introduction du partogramme motive notre présente étude.

Objectifs

Objectif général

- Evaluer le pronostic fœtal de l'accouchement sur la présentation du siège.

Objectifs spécifiques

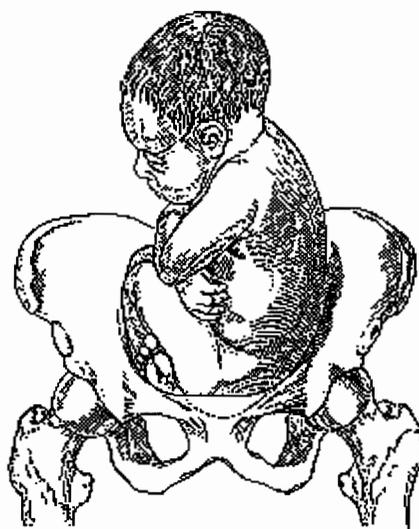
- Déterminer la fréquence des accouchements sur présentation du siège.
- Evaluer le pronostic fœtal au cours des accouchements sur présentation du siège
- Identifier les facteurs de risque liés à la présentation du siège et les facteurs de risque associés.
- Evaluer les intérêts et limites des techniques d'accouchement.

Généralités

I. Définition

La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact direct avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin ^{1,11}

Figure 1. Présentation de siège complet avant le travail



II. Modalités

On oppose deux modalités principales de présentation du siège¹:

- Le siège complet (moins de 1/3 des cas): les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles mêmes modérément fléchies sur le bassin. Le fœtus semble être assis "en tailleur" et les membres inférieurs repliés augmentent les dimensions de la présentation
- Le siège décomplété mode des fesses est le plus fréquent (2/3 des cas environ): les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale

Deux autres modalités sont rares^{11,12}

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

Figure 2. Présentation en siège complet en SIGA

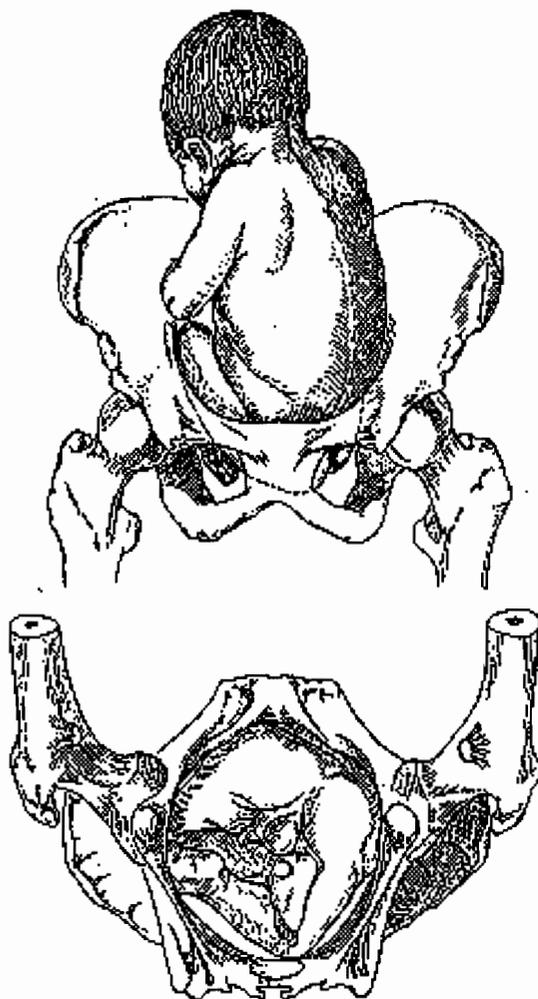
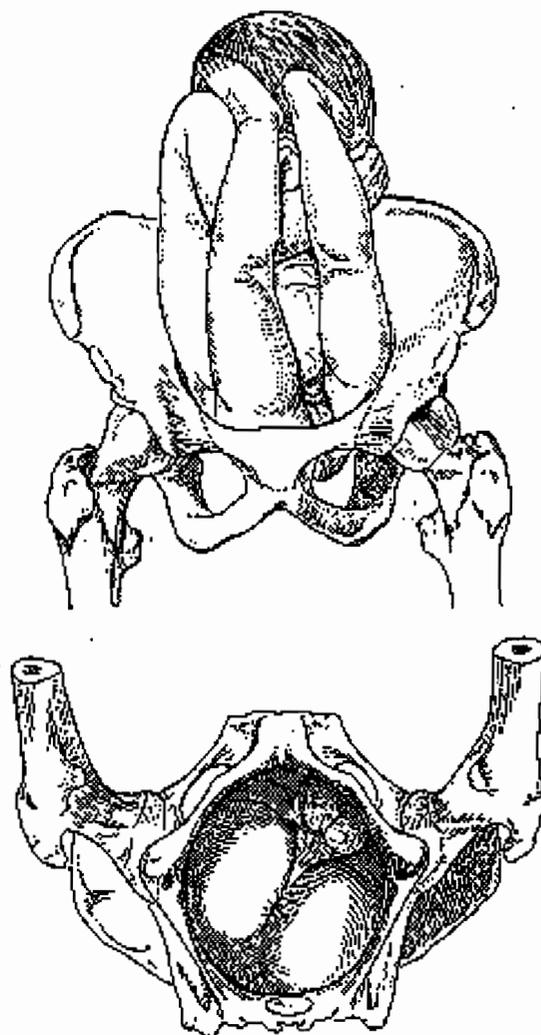


Figure 3. Présentation du siège décomplété en SIDP



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.

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

1550. Ambroise Paré recommande la version podalique

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

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

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'excite 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 ».

Au début du 20^e siècle la plupart des auteurs estiment la présentation du siège justiciable d'une intervention obstétricale :

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

1938. Bracht réagit devant cette attitude et préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il présente sa manœuvre comme une réaction contre « le nombre et la précocité des interventions » tenus pour responsables du « taux élevé de la mortalité fœtale au cours des présentation du siège ».

1948. Les auteurs nancéiens Vermelin et Ribon défendent une abstention encore plus absolue.

A leur suite on se montra beaucoup moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête pour lequel on continua de pratiquer des geste d'accompagnement.

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

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 pris soin de préciser le manque de données sur l'acidose fœtale et les séquelles lointaines sur l'enfant.

Il exprime des réserves quant à l'influence de la voie d'accouchement sur la survenue des séquelles chez l'enfant.

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

Dans les années **1980**, on retrouve des défenseurs de la voie basse

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

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

1998. Bodmer et coll. font une très belle étude sur les siéges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas la condition des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhée ou moins.

III. Causes

Dans la présentation du siége, la loi d'accommodation de PAJOT (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut¹². Pendant les deux premiers trimestres de la grossesse, la tête constitue le pôle fœtal le plus important en volume. La cavité utérine devient piriforme en raison de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste de l'utérus qui est le fond. Le fœtus qui est lui-même animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse : au début du troisième trimestre c'est souvent le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siége qui le devient.

Le fœtus exécute alors une « culbute physiologique » et transforme sa présentation pelvienne en céphalique. Cette théorie permet de comprendre la fréquence des siéges au cours des accouchements prématurés etc. cette présentation peut persister jusqu'à terme¹¹.

Aussi n'y a-t-il pas de présentation de siége sans causes, trois ordres de conditions disposent à cette présentation en créant le trouble de l'accommodation :

- L'hypotonie utérine de certaines 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 (volumineux fibromes sous-muqueux du fond utérin, volumineux placenta du fond utérin), ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios).

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

A. Causes maternelles

Celles-ci sont congénitales ou acquises.

1. Congénitales

L'hypoplasie utérine avec cavité plutôt cylindrique et hypertonique s'oppose à la culbute physiologique favorisant le siége décompleté mode des fesses s'observant surtout chez la nullipare^{11,12}. Les malformations utérines (utérus: unicornes, didelphes, cloisonnés) modifient les axes intra-utérins favorisant les présentations podaliques récidivantes. La pratique de l'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les révéler¹¹.

2. Acquises

L'utérus de la multipare, fibreux, hypotonique, trop vaste, qui ne peut plus agir sur le mobile fœtal et favoriserait le siège complet¹¹. En fait, le siège décompleté reste la présentation podalique la plus fréquente chez la multipare¹². Le trouble de l'accommodation est dû au relâchement des parois utérines. Dans une cavité vaste et complaisante, toutes les accommodations sont possibles. Sans autres raisons, le fœtus se présente par le siège, comme il pourrait se présenter par la tête.

Aussi conserve-t-il souvent son attitude habituelle, le siège est complet dans plus de la moitié des cas, mais l'utérus garde pendant l'accouchement, toutes ses qualités physiologiques¹.

- L'hypotrophie utérine de la primipare: Certains utérus de primipares sont mal étoffés ou mal constitués. D'autres sont étroits et cylindriques; le fond n'est pas plus large que le bas leur paroi manque de souplesse, le fœtus y est à l'étroit, d'autant plus enserré que l'oligoamnios est habituel. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement, si non on peut observer, comme dans les malformations, des présentations du siège récidivantes¹.
- La primipare âgée avec un utérus hypertonique est une candidate au siège décompleté¹².
- Les tumeurs intrinsèques (fibromes du fond notamment) qui déforment la cavité utérine y et modifient les qualités physiques des fibres utérines favorisent également la présentation podalique^{11,12}.
- Les tumeurs extrinsèques (kystes de l'ovaire, fibromes pédiculés sous séreux).
- Le rétrécissement du détroit supérieur dont l'influence est théoriquement possible, quoique peu importante en pratique pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale¹¹.

B. Causes Ovulaires

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

- Les anomalies du liquide amniotique: Il peut s'agir de l'insuffisance ou de l'excès de liquide amniotique qui peuvent intervenir directement, mais pour lesquels il faut toujours se demander s'il ne s'agit pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de POTTER, hydramnios de la trisomie 18)¹¹. L'hydramnios agit en gênant toute accommodation¹. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus¹².
- La brièveté du cordon, secondaire à des circulaires ou bretelles, ou essentielle, caractéristique propre à la présentation du siège par rapport aux présentations céphaliques¹¹. Cette brièveté de la portion libre du cordon peut également empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du 7ème mois de grossesse^{1,12}.
- Le placenta bas inséré peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale.

C. Causes Fœtales

Elles sont représentées moins par la dolichocéphalie primitive, qui existe mais semble rare, que par l'hyperextension de la tête dernière et surtout les anomalies et malformations congénitales¹¹. La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège: 6,3 contre 2,4%¹³.

Ces malformations fréquentes^{13,14,15} affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...) ou son activité (spina-bifida, myéломéningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18.)

Les hydrocéphales dont la tête est plus volumineuse que le pôle pelvien, se présentent souvent par le siège, se conformant ainsi à la loi de l'accommodation, dans tous les cas, la modalité de la présentation est soit le siège complet, soit le siège décompleté¹. Cette fréquence de malformations mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique. Des auteurs, surtout américains, considérant cette fréquence et celle des morts in utero, suggèrent que dans nombre de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité. »¹¹. Ceci entraînerait une diminution d'activité fœtale, cause de l'absence de mutation spontanée, et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations céphaliques, et pourrait expliquer les séquelles mineures décrites chez les enfants nés par le siège, quel qu'ai été le mode d'accouchement¹¹. Plusieurs éléments étayent encore cette possible notion de fœtus de « moindre qualité » :

- **Poids** inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation céphalique¹⁶.
- **Position**, mais non la présentation en siège, est un facteur prédictif de lésions neurologiques anténatales sévères (diploégie, quadriplégie, hémiparesie, dyskinésies importantes)¹⁷.
- **Déficits en GH** (Hormone de Croissance) « idiopathiques » significativement associés à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale^{18 19}.
- **Hyper extension de la tête dernière**: Elle est une conséquence de la présentation, mais on peut la classer dans ce chapitre car elle fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. L'anomalie résulte d'une hyperlordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et que la nuque vient au contact du dos.

Elle fut initialement considérée comme une particularité ne contre-indiquant pas la voie basse, mais très vite on rapprochait certaines lésions médullaires observées à la suite d'accouchement par le siège^{20 21}. Ces lésions nerveuses sont surtout représentées par des sections médullaires complètes ou incomplètes, les hémorragies cérébro-méningées, les décès par asphyxie lors des accouchements par voie basse, alors qu'aucune lésion grave n'était signalée dans les cas de césarienne²². Malgré le risque considérable que cette attitude fait courir au fœtus en cas d'accouchement par les voies naturelles, des lésions pouvant se constituer in utero (élongation médullaire, fractures vertébrales) ont été observées chez des enfants nés par césarienne¹¹.

Toute déflexion dépassant la « military attitude » risque d'être dangereuse, et avant d'intervenir il faut s'assurer par un double contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail²³. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée car entre celle-ci et la flexion normale, des stades intermédiaires existent²³.

Ces étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement, car elles constituent autant de facteurs pronostiques susceptibles d'influencer la marche 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'accommodation²⁴.

IV. Diagnostic

Pour éviter les interventions malheureuses et réduire la mortalité et la morbidité fœtales, il est indispensable de diagnostiquer les présentations du siège bien avant l'accouchement. L'échographie systématique faite vers la 32^e semaine de grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis¹¹. Ce diagnostic doit être fait au troisième trimestre avant tout début de travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement¹².

A. Diagnostic Pendant La Grossesse

A-1. Signes cliniques

1-L'Interrogatoire

Peut révéler l'existence d'une douleur ou d'une gêne sous-costale, traduisant la compression de la paroi abdominothoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin. Chez la multipare la notion d'un accouchement précédent par le siège est souvent retrouvée^{1,11}.

2- L'inspection

Montre que l'utérus est à grand axe longitudinal, parfois chez la primipare, on remarque sa forme étroite et cylindrique^{1,11}.

3- La palpation

Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic et doit donc toujours être exécutée avec attention¹¹. Au niveau ou plutôt, au dessus du détroit supérieur, le palper reconnaît un pôle irrégulier assez volumineux quand il s'agit d'un siège complet, plus rond, plus régulier et ferme quand il s'agit d'un siège décompleté¹¹. A l'opposé, dans le fond utérin, on trouve un pôle dur, régulier, arrondi, qui ballotte d'une main à l'autre et correspondant au pôle céphalique.

D'un côté, la palpation révèle un plan convexe, uniforme et régulier: le dos; et entre celui-ci et le pôle céphalique une dépression: le sillon du cou constitue le signe le plus sûr (Pinard) confirmant le diagnostic. Parfois « deux dos » sont perçus ; après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décompleté¹².

4- L'auscultation

Mettrait en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus haut situé, dans la région péri ombilicale voire sus-ombilicale bien que cela paraisse sans grande fiabilité^{11,12}.

5- Le toucher vaginal

Fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis et qui ne peuvent guère que corroborer les données du palper¹¹. Cela tient à ce que l'excavation est fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. Quand il s'agit d'un siège décompleté engagé ou en voie d'engagement, la confusion est facile avec un sommet à moins qu'on ait déjà été orienté^{11,11}. Le diagnostic clinique au cours de la grossesse n'est donc pas évident d'autant que tous les signes peuvent être mis en défaut¹¹:

- Une paroi abdominale épaisse, un utérus tendu, réduisent les possibilités du palper.
- Si la tête fœtale est fixée dans une corne utérine, on ne retrouve pas le ballotement ;
- Quand elle est très fléchie, le sillon du cou est moins perceptible.

C'est bien souvent l'échographie, à pratiquer au moindre doute qui montrera que la présentation céphalique haute diagnostiquée cliniquement est en réalité une présentation du siège décompleté.

A-2. Signes radiologiques

La radiographie du contenu utérin, ou mieux l'échographie permet de faire ou de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage d'aider à l'estimation du poids fœtal¹.

B. Diagnostic Pendant Le Travail

Ce diagnostic repose principalement sur les données du toucher vaginal.

B-1. Avant la rupture des membranes

En étant prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément majeur de dilatation cervicale, il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions¹¹⁻¹²:

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

B-2. Après la rupture des membranes

Le diagnostic est plus facile, précisant le mode et la variété de position¹¹:

- On reconnaît deux masses molles et lisses, les fesses séparées par un sillon longitudinal, le sillon inter fessier, centré par un orifice: l'anus.
- L'une des extrémités du sillon est occupée par une saillie pyramidale en chapelet, le sacrum, repère de la présentation, et dont la situation par rapport au détroit supérieur donne la variété de position.

- A l'autre extrémité du sillon ,on peut percevoir les organes génitaux, et les pieds en cas de siège complet, situés entre le siège et la paroi pelvienne.
- Dans le cas d'un fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli interfessier ¹².

En cours de travail, la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne ,ne peut être mise en évidence que par la radiographie¹.

Cliniquement, le diagnostic différentiel pourrait encore se discuter avec¹¹:

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

Pour la précision de la variété de position ,le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli inter fessier ¹². 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 différenciées¹²:

- **variétés antérieures:**
 - sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA).
 - sacro-iliaque droite antérieure (SIDA).
- **variétés postérieures:**
 - sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)
 - sacro-iliaque droite postérieure (SIDP)

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

V. Accouchement Normal

A. Phénomènes mécaniques

Alors que, dans les présentations céphaliques, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège: celui du siège, celui des épaules, et celui de la tête dernière¹. Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend pour sa part, engagement ,descente et rotation, dégagement¹. Une autre particularité est que l'enroulement du foetus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelle.

Enfin, la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc à la tête dernière dont la compatibilité avec le bassin doit être correctement estimée sous peine d'une dystocie, qui n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites¹. La conception moderne du déroulement de cet accouchement repose sur trois principes¹¹:

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

Au moment de l'engagement puis de la progression des épaules et de la tête dernière, « celle-ci étroitement coiffée par l'utérus, agit comme une rotule de propulsion intercalée entre la puissance motrice du myomètre et la résistance opposée par le massif scapulo-thoracique ». La tête tend à rentrer dans les épaules, ce qui renforce le degré de solidarisation entre ces éléments et le caractère eutocique²⁵.

- L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour en arrière; ses différentes étapes sont intriquées, se commandent les unes et les autres et se font presque simultanément.
- Le caractère aléatoire de cet accouchement ne peut être éliminé puisque l'homogénéité du bloc fœtal est à la fois la condition et la conséquence de son bon déroulement.

A-1. Accouchement du siège

Engagement

Cet engagement est précédé d'une orientation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et, s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacrotibial¹¹. Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir¹. 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^{1,11}.

Descente et rotation

Dans l'excavation, le siège progresse en effectuant une rotation en même temps que la descente ou après elle sur le périnée, mais cette rotation n'est jamais que d'un huitième de cercle. La rotation amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur^{1,11}. 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^{1,11}.

Dégagement

Il s'effectue par une sorte d'enroulement autour de la symphyse pubienne. La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur, jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire^{1,11}. Ce mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne qui amène le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres inférieurs soient libérés¹¹. 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 continue sa descente selon l'axe ombilico-coccygien, bute contre le périnée postérieur et n'arrive à se dégager qu'au prix d'une épisiotomie¹.

Figure 5 Mécanisme de l'accouchement dans le siège: dégagement du siège. La hanche antérieure arrive sous la symphyse.

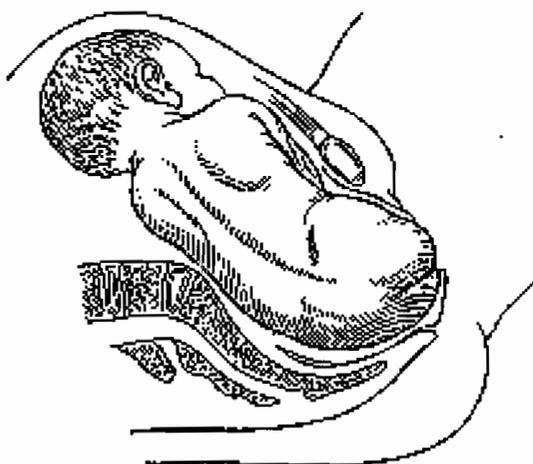
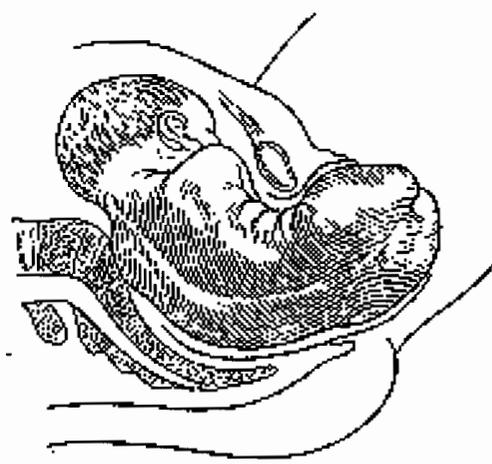


Figure 4 Mécanisme de l'accouchement dans le siège: dégagement du siège. La hanche postérieure s'exteriorise par inflexion latérale du tronc.



A-2. Accouchement des épaules

Engagement

Cet engagement est précédé d'une rotation qui place le diamètre biacromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur^{1,11}. 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 de 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 du détroit inférieur, secondaire au mouvement d'enroulement du pôle pelvien précédemment décrit^{1,11}.

Dégagement

Le dégagement des bras et des épaules se fait à l'une et l'autre extrémité du diamètre transverse successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve, cependant que le dos est orienté en avant^{1,11}.

A-3. Accouchement de la tête dernière

Engagement

Est précédé d'une orientation 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 (11cm)⁷. Cet engagement se fait occiput en avant ;en revanche, la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage¹.

Descente et rotation

Dans l'excavation , elle descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place sous la symphyse pubienne¹¹.

Dégagement

Grâce à ce point d'appui , elle se fléchit et la nuque servant de pivot, le menton, la face, le front puis le crâne se dégagent successivement au niveau de la commissure postérieure de la vulve^{1,11}.

B. Phénomènes dynamiques et plastiques

B-1. Phénomènes dynamiques

Contrairement à certaines opinions classiques, ils ne présentent guère de particularités. La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans les présentations du sommet¹¹. Mais en règle « la lenteur de la dilatation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle traduit soit une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit une dystocie mécanique qu'il importe de préciser »²⁵. L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décompleté, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet¹. Dans les sièges complets, on observe peut être un début du travail qui traîne, jusqu'à ce que la présentation prenne un contact suffisant avec le segment inférieur¹¹. La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation¹.

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus¹. Lorsque le dos ,au lieu de tourner en avant ,tourne en arrière, le plus souvent ,en ce cas le menton s'accroche au bord supérieur de la symphyse, la tête se défléchit, une dystocie grave se constitue, rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière.

A cette importante variété de rétention de la tête dernière il faut en ajouter deux autres¹:

- la rétention de la tête dans l'excavation , variété relativement anodine et facile à traiter ;
- la rétention de la tête dernière au détroit supérieur qui est au contraire de la plus haute gravité: elle est liée à une disproportion foetopelvienne soit par excès de volume de la tête fœtale, soit par rétrécissement pelvien méconnu. La pratique systématique de la radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal devraient éviter désormais cette redoutable complication.

B-2. Phénomènes plastiques

Chez les enfants nés par le siège, on observe un certain nombre de déformations ou de lésions⁷. Les plus fréquentes résultent de la pression longtemps exercée par la paroi utérine, au cours de la grossesse, surtout si le liquide amniotique est peu abondant, sur le corps du fœtus mal accommodé:

- aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire.
- atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires, plus graves car elles vont persister, entraîner des séquelles nécessitant des traitements :
- atrophie de l'angle maxillaire inférieur , qu'accompagnent souvent un torticolis congénital ou même une paralysie faciale homolatérale due à l'attitude inclinée de la tête sur l'épaule correspondante.
- atrophie du rebord cotyloïdien, due à l'hyperflexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété ,qui entraîne une dysplasie et favorise la luxation congénitale de la hanche ;
- atrophie rétractile musculoligamentaire aboutissant au pied-bot varus équin.

D'autres malformations, plus rares, surviennent au cours de l'accouchement et affectent l'appareil génital du fœtus : hématome des lèvres chez la fille, nécrose du scrotum chez le garçon. Ces lésions s'observent surtout en cas de siège décomplété, de rupture prématurée des membranes, de travail prolongé. Une fréquence inhabituelle et significative d'atrophies testiculaires a été signalée par certains auteurs^{26 27}. La bosse sérosanguine siège sur les talons(siège complet), les fesses, les organes génitaux¹. Il est assez fréquent d'observer une infiltration hématique du testicule et du cordon qui pourrait à son tour favoriser une torsion du testicule.

On doit donc en règle examiner attentivement les bourses de tout garçon né en présentation du siège, par la palpation et la transillumination qui permet d'éliminer une hydrocèle; l'exploration chirurgicale peut être nécessaire pour faire la distinction entre torsion et simple hémorragie intra testiculaire¹¹.

Figure 6 Présentation du siège: aspect de la tête fœtale



VI. Particularites Physiopathologiques

De toute évidence, la façon dont sont disposés ici le corps du fœtus et ses annexes favorise des perturbations au niveau de la circulation foetoplacentaire¹¹. On connaît la plus grande fréquence des circulaires, des bretelles et procidences du cordon. LACOMME avait souligné que « dès que l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve, le cordon est comprimé et les communications foetoplacentaires réduites sinon interrompues »¹¹. Mais les enregistrements du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence deux faits très importants^{28 29 30}:

- l'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration^{29 30};
- la possibilité d'anomalies de la dilatation et sans cause apparente²⁸. Celles-ci seraient même si fréquentes que l'on compare l'accouchement par le siège à une latérocidence du cordon³⁰.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal apparaît donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement, car le monitoring représente le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister les anoxies qui peuvent survenir surtout à la phase d'expulsion qui représente une période d'hypoxie par excellence¹¹. Ces phénomènes physiologiques n'ont de particularités que chez la primipare¹.

À l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe s'ajoutent souvent des anomalies de la contraction utérines surtout sous forme d'hypertonie, parfois localisée; des anomalies de la dilatation du col, celle-ci marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. La rupture des membranes est souvent précoce. Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même.

VII. Anomalies De L'accouchement

Quand elles s'observent au cours de l'accouchement par le siège, les anomalies, mêmes banales, revêtent une importance particulière car elles n'ont que trop tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications¹¹.

A. Rupture prématurée des membranes

Elle est deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences de membres et ou du cordon et est souvent le prélude à des anomalies de la dilatation¹¹. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque LACOMME en 1956 voyait dans ce cas doubler la mortalité périnatale²⁴.

B. Dystocie dynamique

Qu'il s'agisse d'anomalies par excès ou par défaut, elle risque de créer, en plus de leurs effets habituels, des conditions très défavorables pour l'expulsion: dilatation incomplète, contractions de médiocre qualité qui, à leur tour, favorisent le relèvement des bras et rétention de la tête dernière¹¹.

C. Procidence du cordon

Elle s'observe beaucoup plus fréquemment, surtout dans les sièges complets, chez la multipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques¹¹. Cette moindre nocivité qui était une notion classique, « la compression funiculaire y étant plus rare », est contestée par ces deux remarques³¹:

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

Ici également la procidence du cordon exige une solution rapide et le fait qu'elle soit un peu mieux tolérée permet le temps d'apporter un traitement adapté^{32, 33}.

D. Anomalies mécaniques pendant l'expulsion

Peuvent également s'observer : 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 dernière³⁴. Un bilan préalable qui élimine les bassin rétrécis, les gros fœtus et l'hyperextension de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée, ont considérablement réduit l'importance de ces anomalies³⁴. L'accouchement par le siège reste cependant un accouchement qui peut réserver ce genre de surprises, même dans les cas les plus favorables et les mieux conduits^{34, 35}. La possibilité de l'existence d'un « bras nuqual » ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications comme l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsions néonatales nécessite, la réalisation d'une étude radiologique du fœtus en début du travail et d'indiquer une césarienne si cette malposition est constatée³⁶.

Figure 7 La base du cone incompatible avec l'anneau pelvien

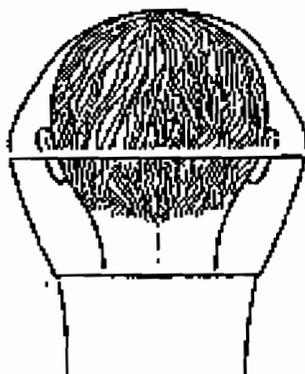
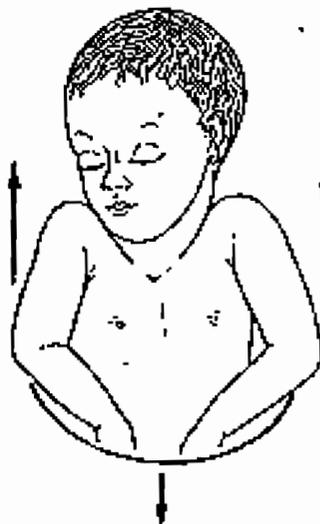


FIG. 42. — En rouge, le tronc de même que la grande base est incompatible avec l'anneau pelvien.

Figure 8 Les coudes accrochent la margelle du bassin



VIII. Pronostic¹

La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatales, n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège. Cette présentation qui est de plus en plus considérée comme dystocique, ne présente pas de différence significative du point de vue pronostic tant chez la primipare que chez la multipare. Ces notions qui ne sont pas acceptables dans leur absolutisme, bien que la présentation du siège, bien surveillée et bien conduite peut rester eutocique, même si elle n'est pas aussi favorable que la présentation du sommet. C'est aussi un abus de tomber dans l'excès de césariennes, tendance qui va jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe.

A. Pronostic maternel

A.1. Morbidité

Les lésions des parties molles très fréquentes sont les déchirures du col, du périnée avec des graves atteintes vésicale et anorectale surtout pour les accouchements mal dirigés avec des extractions brutales du fœtus. Ces déchirures périnéales peuvent être prévenues dans les cas bien surveillés et bien conduits lors de l'accouchement par une large épisiotomie surtout chez la primipare. Des complications infectieuses peuvent apparaître, favorisées par la rupture prématurée des membranes, les interventions, les lésions périnéales. La principale de ces complications est l'endométrite³⁴.

A.2. Mortalité

Elle est quasiment nulle dans les accouchements naturels et sans rapport avec la présentation. La multiplication des césariennes dans les accouchements par le siège oblige à reconsidérer le problème³⁴. On enregistre désormais un nombre croissant de statistiques de césariennes sans mort maternelle, ou avec un faible taux de mortalité^{37 38 39}. Cette diminution du risque mortel de chaque césarienne se voit contrebalancée par la multiplication des interventions⁴⁰. La césarienne augmente également la morbidité: manifestations thromboemboliques, infections, syndrome de Mendelson, iléus paralytique, péritonites, plaies de la vessie ou vasculaires, sans compter les conséquences lointaines: césariennes itératives, occlusions sur brides. La morbidité est plus élevée qu'après les accouchements par les voies naturelles¹¹⁴¹. Toutes ces complications maternelles apparaissent 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 des césariennes, notamment dans les accouchements par le siège^{42 43 44}. Le pronostic fœtal est capital dans l'étude de cette présentation, il convient d'étudier¹¹:

- l'anatomie et la physiopathologie des accidents ;
- la mortalité per et néonatale ou « mortalité obstétricale » ainsi que la morbidité ;
- les facteurs de risque qui constituent autant d'éléments pronostic.

B.Pronostic fœtal

B.1.Anatomie et physiopathologie des accidents

Les principales lésions fœtales enregistrées dans les cas d'accouchements avec morts fœtales sont : les malformations, les lésions intracrâniennes, les atélectasies pulmonaires, les lésions pulmonaires traduisant une asphyxie, et les lésions viscérales dans les grandes extractions ⁴⁵. D'autres lésions particulières sont décrites , à type d'occlusion des artères vertébrales par hémorragies intra-adventielles, la dislocation de la région occipitale avec hémorragie de la fosse postérieure, le « crush syndrome » ou hyperbilirubinémie secondaire à des attritions musculaires^{46 47 48}. Parmi ces lésions particulières , l'on peut citer l'acidose fœtale parce qu'elle traduirait un degré d'anoxie susceptible d'entraîner des séquelles⁴⁹. Quant aux causes immédiates , elles sont au nombre de cinq :

- le taux élevé des malformations congénitales surtout chez les prématurés et les fœtus de petit poids^{50 51 52};
- la grande incidence d'accouchements prématurés;
- la grande fréquence des procidences du cordon;
- le mécanisme de l'accouchement ;
- les manœuvres qu'on peut être amené à pratiquer.

B.2.Mortalité

Elle comprend 3 sortes d'accidents :

- Des morts fœtales in utero , sans cause évidente , dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet , surtout avant la 36^e semaine mais encore jusqu'aux derniers jours de la grossesse ¹³. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de « moindre qualité » dans certains cas de présentation du siège ;
- Des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège , et qui entraînent plutôt des morts néonatales ;
- Une « mortalité obstétricale » directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement , dont l'importance est difficile à préciser.

B.3.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 ¹¹.

B.3.1.Accidents immédiats

Etats de souffrance cérébrale , avec détresse respiratoire , acidose , nécessité de réanimation ; puis état de mal convulsif dans les formes sévères ou hypotonie et hyperémotivité dans les formes modérées. Suivant leur importance , ces états peuvent entraîner une ,mort néonatale , guérir totalement ou laisser des séquelles (convulsions, retards psychomoteur , infirmités motrices d'origine cérébrale)⁵³.

Lésions nerveuses périphériques, dont la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial, ou plutôt de ses racines supérieures avec paralysie du membre supérieur.

En général, il s'agit d'une élongation des nerfs; mais quand il y a rupture des filets nerveux, la paralysie persiste nécessitant un traitement orthopédique afin de corriger l'attitude vicieuse du membre. L'association de ces paralysies à une atteinte du ganglion sympathique cervical supérieur et de la racine accessoire du nerf phrénique issue de la C5 détermine respectivement le syndrome de Claude Bernard-Horner et des troubles respiratoires importants¹¹.

Lésions musculaires diverses: hématomes, spécialement du sterno-cléido-mastoïdien; écrasements, contusions intéressant surtout le siège et les membres inférieurs. Elles s'observent surtout chez les prématurés après rupture des membranes, procidence d'un membre et plus encore après manipulations brutales du fœtus; elles sont parfois très étendues et pourraient entraîner une hyperbilirubinémie sévère ou une coagulation intravasculaire disséminée⁴⁶.

Fractures variées: Il s'agit de la clavicule au cours de la manœuvre de Mauriceau; de l'humérus ou du fémur, ou encore de décollement épiphysaire, lors de l'abaissement d'un membre quand on le saisit par le milieu de la diaphyse au lieu de son extrémité distale. Elles sont habituellement de bon pronostic, mais quelques réserves s'imposent quand elles s'accompagnent de lésions nerveuses ou de déplacements importants au cours des luxations¹¹. L'importance de la morbidité immédiate est difficile à préciser, car les accidents relevés sont très variables et dépendent surtout de la qualité de la technique utilisée pour l'accouchement.

B.3.2. Comportement du nouveau-né

Il est important de remarquer que, même dans les conditions favorables, et en dehors de tout accident les nouveau-nés issus d'accouchements par le siège se présentent de façon moins favorable que ceux issus d'une présentation du sommet. Le nombre de nouveau-nés à réanimer après l'accouchement est plus important dans les cas de présentation du siège que ceux de la présentation du sommet²⁴. La présentation du siège constitue un facteur de risque en toutes circonstances, car le comportement immédiat du nouveau-né moins bon peut être amélioré par la césarienne bien indiquée et correctement pratiquée^{54 55}.

B.3.3. Devenir des enfants

La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance^{18 19} retentissant sur le développement antérieur et postnatal, et à un plus grand risque de mort subite inexplicée du nourrisson^{24,56}. Le problème essentiel de l'évaluation du devenir des enfants est celui de l'appréciation exacte de la morbidité neurologique de l'accouchement en présentation du siège par les voies naturelles tant les critères sont variables en fonction de l'âge⁷, car certains auteurs ne prenant en compte la morbidité lourde et d'autres intégrant les déficits mineurs « minimal brain dysfunction » ainsi que l'âge d'appréciation allant de 6 mois à 7 ans.

C.Eléments de pronostic

C.1.La mère

Les principaux éléments de pronostic sont : l'âge, la parité, le poids, la taille, et le bassin. D'autres éléments d'évaluation du pronostic existent ; ainsi toute anomalie ou tout état pathologique surajoutés constituent un facteur défavorable, voire une indication de césarienne ⁷:

- antécédents de stérilité , d'accouchement dystocique
- utérus cicatriciel , déchirures graves du périnée;
- grossesse pathologique , obstacle praevia;
- certains traits de la patiente faisant douter de son comportement lors de l'accouchement.

C.2.Le fœtus

Les éléments d'appréciation du pronostic sont multiples. Ainsi l'on peut citer :

Le mode de présentation

Si classiquement le siège complet était considéré comme de meilleur pronostic , des études récentes en font plutôt un facteur défavorable , car il retarde l'appui de la présentation sur le col , favorise la rupture prématurée des membranes , les anomalies de dilatation ainsi que les procidences d'un pied et ou du cordon , surtout chez la multipare ⁷. Bien qu'au Etats-Unis d'Amérique , le siège reste une indication formelle de césarienne, en France seuls quelques praticiens en sont partisans , mais tous s'accordent pour souligner que si l'on accepte la voie basse il est indispensable d'être vigilant car ce mode se retrouve plus souvent que le mode des fesses dans les césariennes d'indication secondaire^{57 58 59}.

La mortalité est numériquement moindre en cas de siège décomplété mode des fesses mais les différences ne sont pas statistiquement significatives ⁴⁵.

Le poids

Il ne doit pas être ni trop faible ni trop élevé , l'idéal se situant entre 2500 et 3500 , voire 3800 grammes , où s'observent le maximum d'accouchements et le minimum d'accidents ⁷. L'appréciation la plus exacte possible du poids peut se faire par ⁷ :

- La clinique : une bonne palpation, une mesure attentive de la hauteur utérine gardent toutes leurs valeurs.
- L'échographie : apporte théoriquement des renseignements plus exacts, surtout quand la mesure de la circonférence abdominale est possible. Beaucoup de praticiens se bornent à la mesure des diamètres bipariétal et transverse abdominal , ce dernier ayant sans doute une meilleure corrélation avec la réalité en raison des déformations plastiques du crâne dans cette présentation.
- L'estimation pondérale peut se faire à partir du diagramme de Hansman ou du procédé décrit par Dellenbach, le fœtus macrosome se caractérisant par des diamètres bipariétal et transverse abdominal supérieurs ou égaux à 100mm ou supérieurs à 2DS (Dérivations Standards) ²⁸.

L'attitude de la tête dernière

Elle représente un facteur pronostique de toute première importance. Elle sera précisée à chaque fois par échographie ou par radiographie du contenu utérin : bien fléchie , en position intermédiaire ou « military attitude », ou défléchie la face regardant vers le haut.

En raison du risque de lésions médullaires, toute déflexion dépassant la « military attitude » impose la césarienne, après vérification de son caractère permanent⁶⁰. Il en est de même en cas de « bras nuqual », source de complications dystociques sévères. Tous ces facteurs doivent être analysés au cours du bilan indispensable à effectuer avant tout accouchement en présentation du siège , afin de sélectionner ceux qui peuvent être tentés par voie basse.

C.3.Le travail

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

La rupture des membranes: Quand elle se produit prématurément , elle est considérée comme un facteur très défavorable. Considérée comme une indication de césarienne⁶¹ si elle n'est pas suivie dans les dix heures d'une franche entrée en travail , actuellement on aurait plutôt tendance à raccourcir ce délai bien que certains praticiens ne lui accordent aucune importance^{45 62}. Dans l'ensemble il est préférable que la poche des eaux reste intacte jusqu'à la dilatation complète. FIANU soutient même que la rupture précoce de la poche des eaux accélère la dilatation comme dans les présentations du sommet⁴⁵.

La dilatation : Elle doit être rapide, régulière, au minimum de puissance. S'il existe une corrélation significative entre la vitesse de la dilatation et la durée d'expulsion ⁶³ , il était également classique d'admettre que la mortalité obstétricale s'élève rapidement quand la dilatation dépasse 10 à 12 heures chez la primipare, et 5 à 6 heures chez la multipare, bien que nombre d'auteurs n'attachent pas une telle importance à cette durée. Un bon coefficient d'APGAR peut être obtenu aussi bien après un travail long qu'après une dilatation brillante⁶⁴, et la durée de la dilatation n'influence pas grandement le pronostic de l'accouchement, pourvu qu'il n'y ait pas de souffrance fœtale. La surveillance du rythme cardiaque fœtal doit être effectuée en parallèle à celle de la dilatation. Si des anomalies apparaissent, alors que la dilatation progresse normalement, le pronostic n'en devient pas moins réservé, le fœtus devant encore aborder une phase encore plus critique, l'expulsion⁷.

L'expulsion: Elle demeure la période la plus dangereuse puisque s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompue, dilatation complète, siège franchement engagé. S'il n'est pas engagé, en dehors d'une disproportion foetopelvienne bien entendu on est en droit de tenter une épreuve d'engagement par une perfusion d'ocytociques, 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 ⁶⁵.

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 déprimer le périnée postérieur⁷.

Pendant toute cette phase le cardiocytographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu'à quel point on peut la poursuivre⁷. Toute autre est la situation quand l'expulsion semble bloquée, avant que n'apparaisse 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 exige une intervention immédiate mais réglée afin de ne pas être traumatisante⁷.

C.4. Manœuvres obstétricales

Elles doivent être considérées du point de vue pronostique car toutes présentent, à côté de leurs avantages des risques qu'il faut se rappeler quand on a encore le choix entre deux manières d'agir³⁴.

La version par manœuvres externes (VME)

Elle est toujours aussi contestée dans son principe^{66 67 68}. On lui reproche :

- d'être souvent impossible, surtout chez la primigeste, en raison de la tonicité utérine et de la fréquence des sièges décompletés ;
- d'être inutile quand elle est facile, par exemple chez la multipare, car les versions spontanées se produisent le plus souvent et que le retour en présentation pelvienne s'observe avec une fréquence non négligeable quand la manœuvre est faite précocement ;
- d'être dangereuse car faisant état d'une mortalité fœtale par décollement du placenta ou accident funiculaire.

Elle augmenterait également le nombre des accouchements prématurés, des circulaires ou ruptures du cordon, et des ruptures utérines^{69 70 71}. Ses partisans répondent que :

1. Le pronostic de tout accouchement par le siège demeurant incertain, toute version réussie est un gain et certains auteurs ont montré que ce procédé pouvait en réduire d'un tiers l'incidence^{69 72 73} ;
2. L'amélioration actuellement contestée du pronostic fœtal s'accompagne d'une multiplication des césariennes avec un taux élevé. La VME apparaît comme le seul moyen de réduire à la fois les risques fœtaux de la voie basse et les risques maternels de la césarienne⁷⁴.

Elle a cependant des contre-indications :

- Bassin chirurgical, obstacle praevia ;
- Malformation utérine connue (utérus bicorne ou cloisonné)
- Déflexion primitive de la tête ;
- Rythme cardiaque fœtal anormal ;
- L'insertion antérieure du placenta n'est qu'une contre-indication relative⁷⁵ ;

- La version sur utérus uni cicatriciel, classiquement contre indiquée, tend à être acceptée si les conditions semblent favorables , et s'il s'agit d'une cicatrice segmentaire transversale.

La réussite de la version sans accident est rapportée à la notion de multiparité fréquemment associée aux utérus cicatriciels^{75,76,77}.

La date de sa réalisation reste discutée³⁴ :

- Certains obtiennent de meilleurs résultats en intervenant précocement, de la 28^e à la 32^e semaine d'aménorrhée (SA) chez la nullipare , de la 30^e à la 34^e chez la multipare , période où le rapport entre le volume du fœtus et celui du liquide amniotique semble favorable^{69,78}.
- D'autres préfèrent attendre la 36^e ou la 37^e SA , sous utéro-relaxants de façon à éviter un grand nombre de versions qui se seront faites spontanément , et à atteindre la maturité fœtale pour le cas où un accident nécessiterait d'interrompre la grossesse par une césarienne d'urgence.

La césarienne programmée

Elle se voit également remise en question , ou plutôt son l'usage qui en était fait depuis les recommandations de sa généralisation faites par WRIGHT en 1956 , et KUBLI⁴⁹. L'amélioration du pronostic fœtal résulte tout autant d'une meilleure connaissance des problèmes , des nouvelles techniques , de l'abandon de certaines manœuvres dangereuses , des progrès accomplis en néonatalogie^{44,79,80}. La césarienne n'assure pas le fœtus contre la détresse respiratoire , ni contre les traumatismes surtout lorsque l'opérateur dans un souci d'esthétique fait des incisions très courtes aussi peu favorables que la voie basse, et néglige ou méconnaît la technique d'extraction dont cette voie d'abord ne saurait dispenser^{81 82}.⁸³ La systématisation de la césarienne risque aussi d'avoir des effets pervers telle la naissance de prématurés ou des enfants déjà compromis en raison des anomalies congénitales⁸⁴. L'amélioration des conditions d'exercice , la bonne connaissance des problèmes , une bonne conduite du travail et la surveillance du fœtus pendant cette période permettront d'abandonner toute attitude systématique pour adopter une démarche raisonnée pour rendre le pronostic fœtal dans les accouchements en présentation du siège comparable à ce qu'on observe dans la présentation du sommet³⁴. **« Aucun souci d'amélioration du pronostic fœtal à long terme ne saurait justifier la césarienne systématique³⁴ ».**

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 nécessité¹¹. 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 dernière³⁴.

Quant à la valeur des interventions, toute hiérarchie paraît illusoire : toutes, même la manœuvre de Bracht, s'accompagnent d'une mortalité et d'une morbidité qui varient notablement d'un auteur à l'autre ; le forceps représente pour certains un moyen redoutable⁸⁵ et pour d'autres la meilleure façon d'aider à l'accouchement de la tête dernière^{34,61,65}. 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 obstétricale⁸⁶.

C.5.L'accoucheur¹

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

IX. Bilan D'orientation¹¹

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

- maternel : âge et parité, taille, bassin, grossesse et antécédents ;
- fœtaux : mode de présentation, estimation pondérale, attitude de la tête dernière, malformations éventuelles.
- Ce bilan impose également la pratique trois examens :
- échographie, centrée sur l'étude de la biométrie et de la flexion du pôle céphalique ;
- radiopelvimétrie numérisée si possible, appréciant forme et dimensions du bassin ;
- contenu utérin, précisant le mode de présentation et la flexion de la tête.

X. Conduite A Tenir

A.Pendant la grossesse

Le diagnostic étant fait et les facteurs de risques établis, plusieurs attitudes sont possibles; aussi, la conduite à tenir peut être conçue à partir de l'échographie systématique entre la 32^e et la 34^e semaine qui tend à se généraliser, et offre entre autres avantages celui de mettre en évidence la présentation du siège¹. Le diagnostic précoce permet:

- de mieux surveiller la fin de grossesse qui peut être considérée comme une grossesse à risque en raison de la fréquence avec laquelle s'observent les malformations, anomalies congénitales, souffrances fœtales et accouchements prématurés⁸⁷.
- de tenter si l'on est un partisan une version par manœuvres externes vers la 36^e semaine.
- d'établir un bilan des facteurs de pronostic maternels et fœtaux afin d'établir, ou tout au moins d'orienter ses décisions alors qu'on en a encore la pleine liberté.

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

1.Épreuve du travail

Une attitude moyenne qui, après un bilan établi avec pondération, fait confiance à l'épreuve du travail aux moyens de surveillance et de traitements actuels. Elle sera d'un type particulier puisqu'il s'agit ici de préjuger d'après la dilatation si l'expulsion peut se terminer sans risque pour le fœtus. Une collaboration éclairée et efficace de la femme est indispensable pour envisager la voie basse, ce qui souligne l'importance toute particulière de la préparation psychoprophylactique¹¹.

Les données de la clinique et du cardiotocographe permettront d'individualiser quatre types de situations qui déterminent la conduite à tenir³⁴:

Le RCF est normal, la dilatation progresse normalement, le siège appuie: attendre avec confiance, en maintenant la surveillance et sans chercher à précipiter les choses avec une perfusion d'ocytociques.

Le RCF devient anormal même si la dilatation progresse, mieux vaut ne pas attendre et intervenir par voie haute puisque l'engagement et l'expulsion constitueront des périodes encore plus critiques pour le fœtus.

Le RCF est normal, mais le travail n'avance pas régulièrement: établir un nouveau bilan recherchant une cause mécanique passée inaperçue et justifiant une césarienne. Sinon faire un traitement d'épreuve comportant la correction éventuelle des contractions insuffisantes par la pose d'une perfusion d'ocytociques administrée à la pompe et contrôlée par une mesure de la pression intra-amniotique; s'il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses, on peut si besoin rompre les membranes afin d'augmenter l'appui de la présentation sur le segment inférieur et ainsi de faciliter la dilatation. Ces mesures doivent être suivies rapidement d'un résultat favorable, sinon il faut pratiquer une césarienne.

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

2.Voie basse

La voie basse exceptionnelle avec un taux de césarienne élevé dont on peut douter des avantages et craindre qu'elle n'aggrave l'appréhension et l'incompétence vis à vis de cet accouchement⁸⁸. La version par manœuvres externes est souvent légitimement tenter pour transformer la présentation du siège en sommet cela grâce à des moyens de surveillance et de traitement actuellement disponible¹.

3.Césarienne systématique

Avant tout début du travail avec l'aggravation des risques maternels. Ces contre-indications à la voie basse peuvent être formelles ou relatives. Toute fois la notion d'utérus cicatriciel jusqu'à peu un contre-indication à la voie basse, en raison du risque de rupture en cas de manœuvres d'extraction ou de mauvaise dynamique de travail ne l'est plus sauf pour les utérus pluricatriciels et les hystérotomies

segmentocorporéales^{8,89,90}. Toute fois il y a aussi des indications classiques de la césarienne dans la présentation du siège.

B. Pendant le travail

« En présence d'un accouchement par le siège, le premier devoir est de se rappeler que la présentation du siège peut être eutocique et d'avoir confiance¹ ». On envisagera donc l'accouchement avec calme en se gardant d'alarmer la patiente. De nombreuses présentations du siège sont acceptables. Il en résulte que la conduite à tenir, lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement doit se réduire au minimum, les moyens psychoprophylactiques étant particulièrement utiles. Toute fois on se gardera de rompre trop tôt les membranes, elles le seront à partir de 6cm de dilatation¹. Aussi l'eutocie est-elle fréquente chez les multipares et chez nombre de primipares. Mais l'expectative n'est pas toujours suffisante. Certaines présentations du siège, surtout chez les primipares sont justiciables d'une autre thérapeutique. Des difficultés peuvent se rencontrer, parfois imprévisibles; à cause d'elles on prendra des précautions de principe même dans des circonstances apparemment favorables¹:

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

Cette idée d'eutocie tempérée n'est pas partagée par tous les auteurs, certains considèrent la présentation du siège avec une méfiance souvent excessive¹.

B.1.L'eutocie

Une contractilité utérine de bonne qualité, des contractions régulières, une souplesse interphasaire satisfaisante sont les garants d'une progression favorable de la dilatation du col. Dès maintenant apparaît l'éminente valeur pronostique de la régularité dans la contractilité utérine et dans la dilatation du col, régularité qui permet d'escompter le déroulement normal des phénomènes mécaniques¹.

A dilatation complète, la présentation arrivée sur le périnée commence sa phase d'expulsion. Celle-ci peut être conduite de différentes façons¹:

B.1.1. Abstention presque complète Méthode de Vermelin

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

seules, puis la tête en flexion. L'enfant est recueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal¹. Le rôle de l'obstétricien qualifié par Henrion de "manchot empereur" n'a été que celui d'un observateur attentif⁹¹. La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au détroit supérieur, avec parfois accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur, qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple soit en continuant le mouvement de rotation amorcé¹.

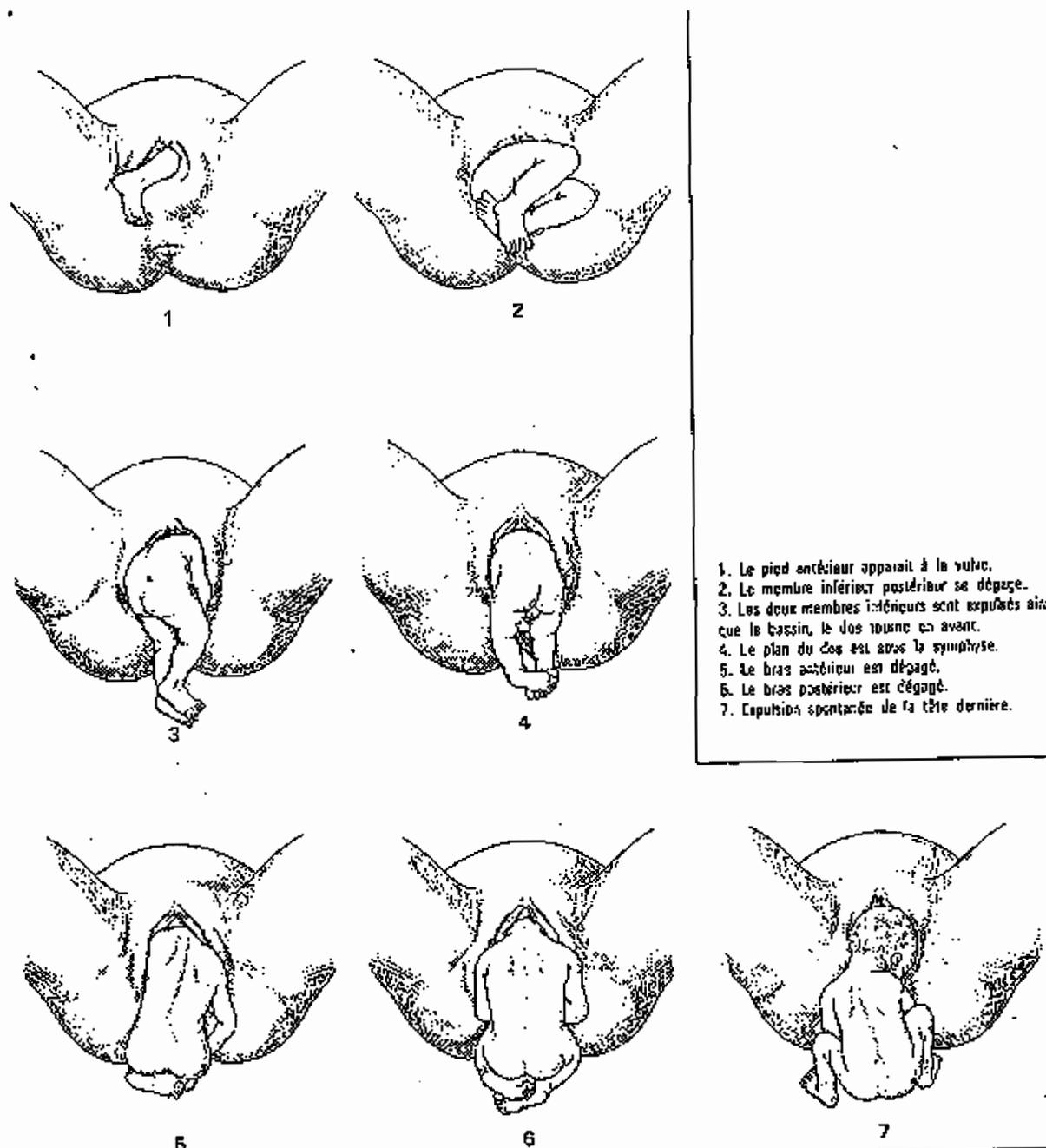
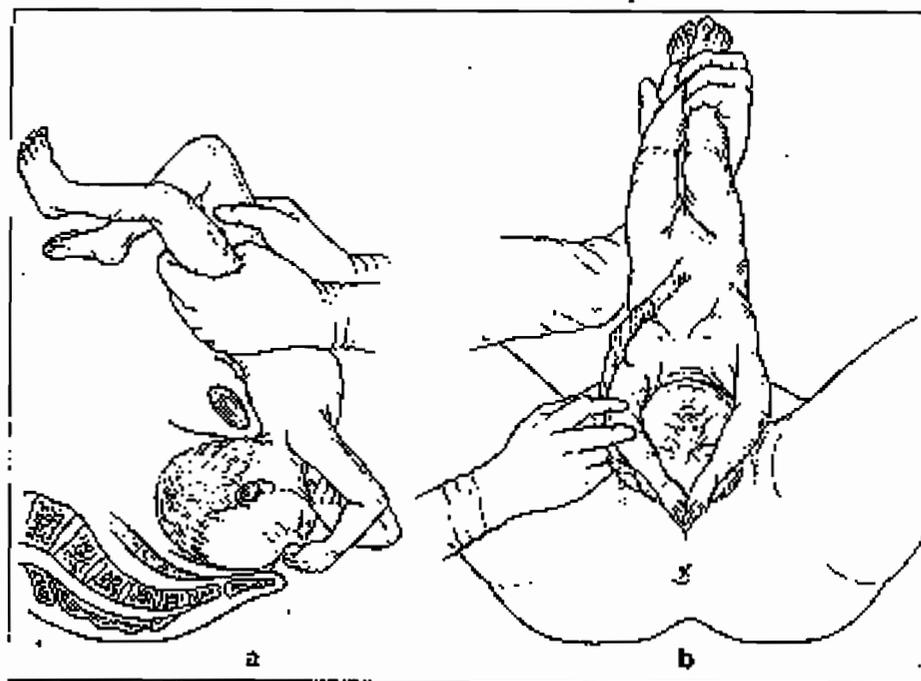


Figure 9. Méthode de Vermelin ou abstention presque complète

B.1.2. 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 déflexion¹

Figure 10. Manœuvre de Bracht



a : Coupe sagittale

b : Vue de face

B.1.3. L'expulsion assistée¹

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

B.2. La dystocie

B.2.1. A la présentation du siège se surajoute pendant le travail une complication

Placenta praevia

Bien que la présentation du siège soit pour les insertions latérales théoriquement plus favorables que la présentation du sommet, l'indication de la voie haute est cependant fréquente en raison des accidents liés à l'insertion vicieuse¹.

Procidence du cordon

Bien que le danger encouru par le fœtus soit moindre que dans la présentation du sommet, la césarienne est toujours indiquée chez la primipare, ou chez la multipare si la dilatation n'est pas complète¹.

Dystocie se manifeste en cours de travail

Alors que le bassin et volume fœtal paraissent normaux, et qu'aucune complication n'est surajoutée, son expression est essentiellement dynamique.

Que le régime contractile soit normal ou non, la dilatation du col cesse de progresser. L'arrêt se produit le plus souvent entre 4 et 6 cm. Dans cette situation il faut recourir à "l'épreuve dynamique dirigée du travail": quand la dilatation quel que soit son degré, stagne depuis plus d'une heure, les membranes sont rompues si l'œuf n'est pas ouvert, une perfusion d'ocytocine est installée. Alors de trois choses l'une:

- La dilatation reprend son cours, régulièrement, à allure normale, éventualité fréquente. C'est avec confiance que l'on peut escompter l'accouchement spontané par voie basse. Cependant l'absence d'engagement à dilatation complète impose la voie haute.
- La perfusion reste sans effet sur la dilatation, la césarienne s'impose.
- Les effets de la perfusion ne sont pas francs. La dilatation progresse mais lentement sans régularité. C'est dans ces conditions que surviendraient des complications conduisant à des manœuvres dangereuses pour le fœtus. Il faut prendre pour règle que l'inefficacité relative de la perfusion pose une indication aussi formelle à la césarienne que l'inefficacité totale.

D'ailleurs ces dystocies dynamiques irréductibles témoignent souvent d'une dystocie mécanique sous-jacente passée inaperçue¹.

Dystocie d'expulsion

Elle peut être l'aboutissement d'une dystocie dynamique, ou la conséquence d'une faute au cours de l'expulsion (relèvement des bras). L'expression abdominale souvent ne doit pas être commencée avant l'expulsion des épaules. Enfin la dystocie peut survenir sans cause apparente (rétention de la tête dernière dans l'excavation)¹.

Dystocie par relèvement des bras

Fréquente au cours des grandes extractions, n'est pas rare au cours d'une expulsion spontanée. En général les bras sont relevés en avant de la face. Deux techniques sont possibles:

- Soit manœuvre d'abaissement : On commence par abaisser le bras antérieur ; on tire très en bas jusqu'à ce que l'aisselle, et si possible l'épaule apparaissent. La main est placée, pouce dans l'aisselle, 2^e et 3^e doigts le long du bras jusqu'au coude. Le bras est abaissé en maintenant le contact avec la face du fœtus. Même manœuvre pour le bras postérieur après avoir fortement relevé le tronc du fœtus.

- Soit manœuvre de double rotation axiale (manœuvre de Lovset): afin d'utiliser la forme en spirale du détroit supérieur depuis le promontoire en haut, jusqu'au point rétro pubien en bas qui favorise l'abaissement naturel des épaules.

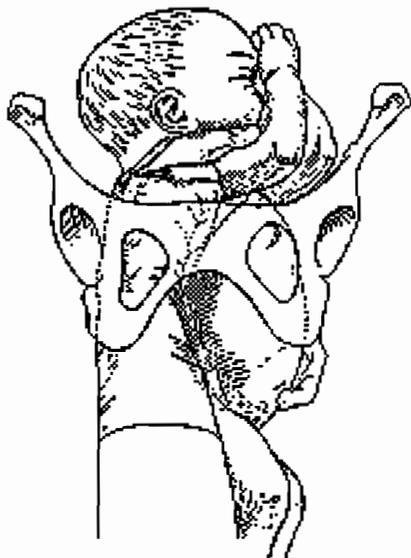


FIG. 313. — Grande extraction du siège. Relative abaissement des bras antérieurs.

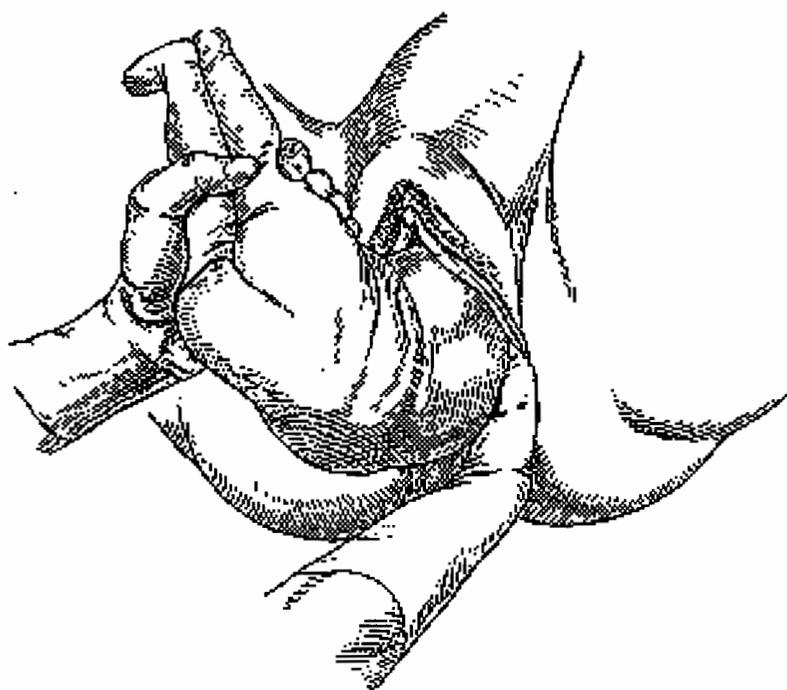


Figure 11. Manœuvre de Lovset : Abaissement des bras

C'est la manœuvre la moins traumatisante et la plus efficace. Le fœtus est saisi, pouces sur les lombes, paumes sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90° , dos vers la droite sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse, il est dégagé, l'autre épaule descend alors sous le promontoire. Une deuxième rotation de 180° en sens inverse amène le

bras postérieur en avant; le coude apparaît à la vulve. Le fœtus est alors abaissé pour fixer l'occiput sous la symphyse et la tête est dégagée par la manœuvre de Bracht.

Dystocie par rétention de la tête dernière

Comporte deux types d'inégale gravité et d'inégale fréquence: la rétention de la tête dans l'excavation et la rétention de la tête au détroit supérieur, de la plus haute gravité.

Rétention de la tête dans l'excavation

Manœuvre de Mauriceau

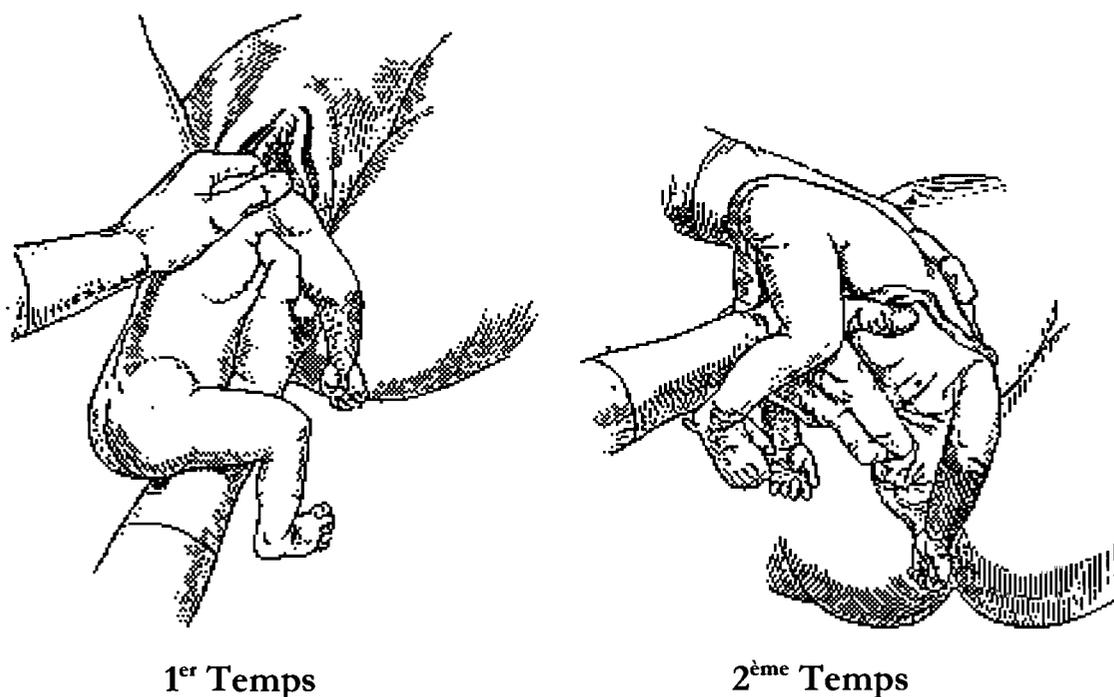
Sa réussite dépend de la connaissance exacte de son exécution.

Introduire l'index et le médium de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue. Placer le fœtus à cheval sur l'avant bras. Les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet:

- fléchir la tête
- tourner la tête amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant
- abaisser la tête en amenant le sous-occiput sous la symphyse
- fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé.

Toutes ces manœuvres doivent s'exécuter sans effort. Si l'on devait déployer une force excessive, mieux vaudrait renoncer au Mauriceau, qui risquerait d'entraîner des lésions fœtales (élongation du plexus brachial, élongation médullo bulbaire)

Figure 12. Manœuvre de Mauriceau



1^{er} Temps

2^{ème} Temps

Application du forceps sur tête dernière

Devient alors l'opération de choix, que l'on a souvent intérêt à choisir d'emblée comme plus facile et moins dangereuse que certaines manœuvres de Mauriceau. L'indication étant la difficulté d'extraire la tête malgré l'exécution d'une épisiotomie. Sans le forceps, de trop puissantes tractions sur le cou du fœtus risqueraient d'entraîner de graves lésions plexiques, médullaires ou cérébro-méningées. Les conditions du forceps ne doivent pas varier du fait que la tête est dernière, c'est à dire que la tête doit être dans l'excavation. Toute tentative de forceps au dessus du détroit supérieur, serait meurtrière pour le fœtus. Il faut aussi que le corps du fœtus ait été extrait le dos en avant et que l'occiput se mette en rapport avec la symphyse pubienne. Les manœuvres commencent par une épisiotomie si elle n'a pas été faite. Avant d'appliquer le forceps on exécute à la main les premiers temps de la manœuvre de Mauriceau au moyen d'un doigt introduit dans la bouche du fœtus. Flexion de la tête, rotation en OP, enfin descente autant qu'il est possible. Le fœtus est saisi par les pieds et relevé devant le pubis, un aide le maintient en cette position. Le forceps sera donc appliqué sous le fœtus.

- Les cuillers sont introduites suivant la technique habituelle le long de la joue correspondante du fœtus.
- Articulation et vérification de la prise.
- Extraction. La traction est d'abord dirigée très en bas pour bien engager le sous occiput sous la symphyse. Puis la traction est progressivement relevée pour fléchir la tête. Le menton se dégage de la commissure postérieure et la bouche apparaît.
- A partir de ce moment, on termine lentement le dégagement sans retirer le forceps avant l'extraction complète de la tête.

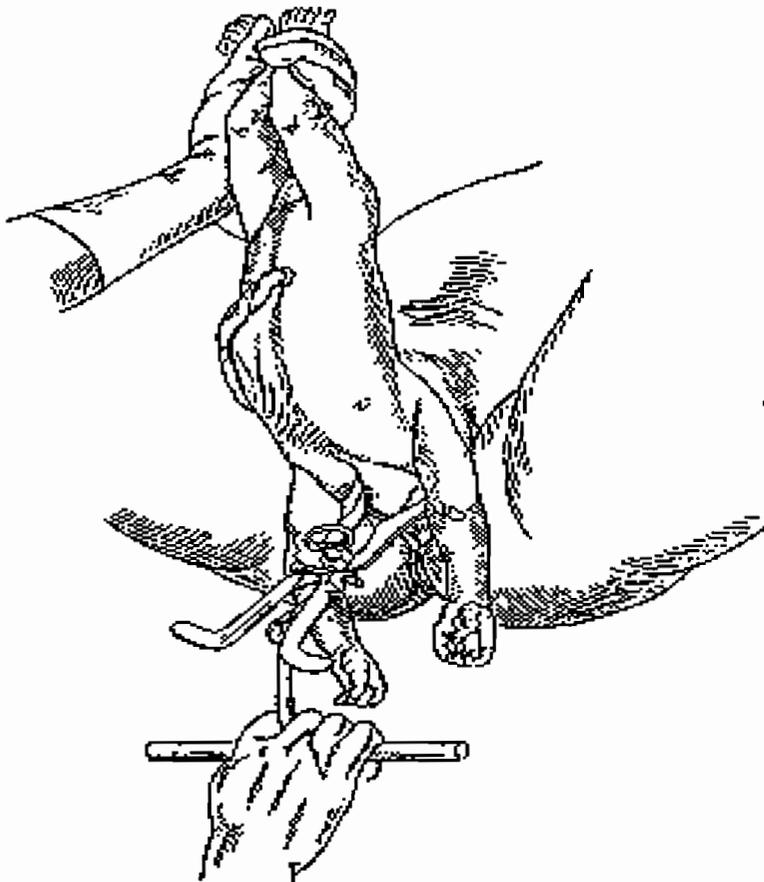


Figure 13. Forceps sur tête dernière

Rétention de la tête au détroit supérieur¹

La plus grave des dystocies d'expulsion, elle est très exceptionnelle, due tantôt à une disproportion foetopelvienne par excès de volume de la tête ou par rétrécissement pelvien méconnu, tantôt à une rotation du menton en avant qui peut s'accrocher au bord supérieur de la symphyse, d'où déflexion de la tête. La situation du fœtus est quasi désespérée, surtout dans la première éventualité. Les opérations proposées manquent de précision et sont dangereuses pour la mère, périlleuses pour le fœtus. Habituellement le fœtus meurt pendant leur exécution; il ne reste plus alors qu'à recourir au forceps sur tête dernière. C'est pourquoi le véritable traitement est préventif: estimation des proportions foetopelviennes par une radiopelvimétrie avant le travail et par mesure ultrasonique du diamètre biparietal de la tête fœtale, juste interprétation des dystocies dynamiques rebelles au cours du travail, correction des rotations vicieuses en cours d'expulsion.

B.2.2. Fœtus mort se présente par le siège¹

Quand le fœtus est mort avant le travail, la solution de l'accouchement spontané est la meilleure. On recourt parfois à la grande extraction à dilatation complète pour soumettre la mère à l'anesthésie générale et lui éviter ainsi le spectacle de la naissance de son enfant mort. Mais cette opération n'est pas sans risque en cas de macération fœtale. Les tractions peuvent arracher un membre inférieur rendant plus difficile l'intervention.

Pour le cas particulier de l'hydrocéphale. L'accouchement du siège et du tronc se fait d'autant mieux que le fœtus est malingre. L'existence d'une malformation, en particulier d'un spina-bifida, doit faire penser à l'hydrocéphalie si elle était méconnue. L'accouchement de la tête dernière en l'absence de traitement provoquerait l'éclatement du segment inférieur. La mère, exposée à la rupture utérine lorsque l'hydrocéphalie est méconnue, ne court guère de danger lorsque le traitement est exécuté en temps opportun. L'enfant naît le plus souvent mort ou mourant du fait du traitement. Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse l'interruption de celle-ci est en général proposé. Il ne reste plus à l'heure actuelle qu'une indication d'embryotomie: la craniotomie avec éventuellement crânioclasie de l'hydrocéphale. Cette intervention se pratique sous anesthésie à dilatation avancée du col. Au cours de cette embryotomie sur tête dernière à la perforation directe du crâne, on préfère son évacuation par voie rachidienne (manœuvre de Van Huevel - Tarnier). La tête étant maintenue par un aide, le tronc étant tiré vers le bas, après avoir incisé la peau, de forts ciseaux ouvrent le canal rachidien dans la région cervicale. On introduit une sonde en gomme ou mieux une sonde rigide de préférence métallique (sonde de Doleris). Le liquide s'écoule de lui-même, la voûte crânienne s'affaisse et l'extraction devient aisée.



Figure 14 :Hydrocéphale

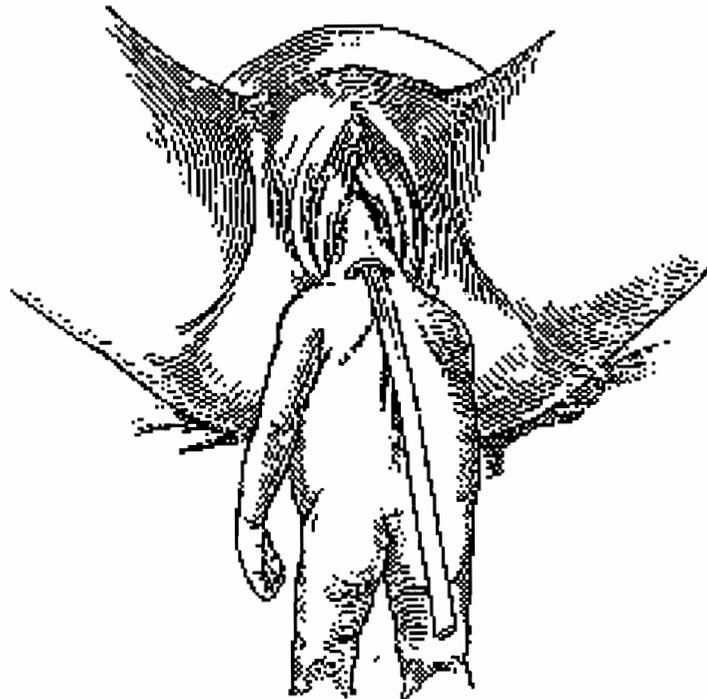


Figure 15. Manœuvre de Van Huevel Tarnier

Méthodologie

I. Lieu de travail ou cadre d'étude

Notre étude est dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO. Ce choix nous permet d'évaluer la qualité des prestations des centres de santé communautaires de la dite commune et des autres communes du district ou hors du district qui y réfèrent des patientes pour prise en charge obstétricale. Cette étude nous permet également d'évaluer la conduite à tenir du centre face à un des sujets les plus discutés de l'obstétrique: l'accouchement du siège.

La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41Km², avec une population de 184.715 habitants soit une densité de 4505 habitants/Km² composée de 89560 femmes dont 88863 résidentes. Le taux d'accroissement de la population est de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-Koro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

1. Badalabougou ;
2. SEMA N°1 ;
3. Quartier Mali SEMA GESCO ;
4. Torokorobougou ;
5. Sabalibougou ;
6. Baco-Djikoroni ;
7. Kalaban-coura ;
8. Daoudabougou.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans chaque commune du district de Bamako. Communes : I, II, III, IV, V, et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fût crée le Centre de Santé de la Commune V (Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique Sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de Développement Socio-Sanitaire de la Commune (P.D.S.C) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM) , sur les 10 aires 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fût un succès a fait de lui un centre de santé de référence pour la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- Unité Bloc opératoire
- Unité Gynécologie-Obstétrique
- Unité Médecine Interne
- Unité Dentisterie
- Unité Ophtalmologie
- Unité Dermatologie
- Unité Imagerie-Radio-Echographie
- Unité Pédiatrie
- Unité Maternité
- Unité suite de couches
- Unité P.E.V (Programme Elargi de Vaccination)
- Unité Néonatalogie
- Unité C.P.N (Consultations Pré-Natales)
- Unité P.F (Planning Familial)
- Unité Soins (Pansements et injections)
- Unité Laboratoire d'Analyses
- Unité Recherche et Formation (Bibliothèque – Salle Informatique – Salle de Staff – Salle d'archives).
- Comptabilité
- Morgue.

Le centre de santé de référence compte plus de 120 travailleurs et est dirigé par le Médecin- chef . Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, des contractuels, des Agents de la municipalité et des Agents de l'INPS. En 1997 le centre de santé de référence de la commune V a bénéficié du prix CIWARA d'Excellence décerné par l'IMCM. Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités Gynéco-obstétricales. En 1999 le Médecin-Chef du centre de référence commune V a reçu un diplôme Honorifique du Ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

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

- un médecin chirurgien
- deux étudiants en médecine faisant fonction d'Internes
- une sage-femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures et son aide-soignante
- un infirmier anesthésiste
- une technicienne de laboratoire
- un chauffeur d'une ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG & HGT)et le centre national de transfusion sanguine(CNTS)
- deux garçons de salles assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments crée sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes ou le service social de la commune pour les cas d'indigence.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale cas témoins, c'est à dire que pour chaque cas d'accouchement du siège mono fœtal, les deux accouchements mono fœtaux en présentation du sommet qui suivent sont pris comme témoins.

III. Période d'étude

Notre étude s'étendait sur quinze mois, c'est à dire du 1^{er} avril 1998 au 30 juin 1999.

IV. Population d'étude

Elle est constituée de toutes les femmes en âge de procréer (résidant en commune V du district de Bamako ou référées d'une autre commune du district ou hors du district) admises pour prise en charge obstétricale pendant notre période d'étude.

V. Echantillonnage

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

- Rapport témoins/cas = 2
- Odd's ratio à détecter = 4
- Proportion d'exposition chez les témoins = 5
- Risque alpha = 5%
- Puissance = 80%

Résultats

- Niveau de confiance = 95%
- Nombre de cas = 92
- Nombre de témoins = 184
- Total = 276

Augmentation de 12% de la taille de l'échantillon correspondant à 103 cas pour 206 témoins donnant un total général de 309 accouchements pour toute l'étude.

Critères de l'échantillonnage

Inclusion

Sont inclus dans notre étude tous les cas et témoins enregistrés pendant notre recrutement.

Cas

Sont considérés comme cas toutes les femmes en âge de procréer admises pour travail d'accouchement sur une grossesse mono fœtale, estimée à terme, avec fœtus vivant en présentation du siège.

Témoins

Sont considérés comme témoins, toutes les femmes en âge de procréer, admises pour travail d'accouchement sur grossesse mono fœtale, estimée à terme, avec fœtus vivant en présentation céphalique (sommet).

Non inclusion

Sont non inclus dans notre étude :

- Tout autre mode de présentation : front, face, transversale.
- Grossesses multiples (gémellaires, triplets)
- Prématurés.
- Hypotrophies fœtales.
- Morts in utero.
- Malformations fœtales incompatibles avec la vie.

Collecte des données

Notre collecte des données a lieu à partir de:

Carnets de consultations prénatales; Partogrammes; Registres d'accouchement; Fiches d'enquêtes; Interrogatoire des parturientes.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Epi Info 6.04b de l'OMS et Word ; la présentation des résultats sur Power point.

Les tests statistiques utilisés sont l'Odds ratio et le Khi².

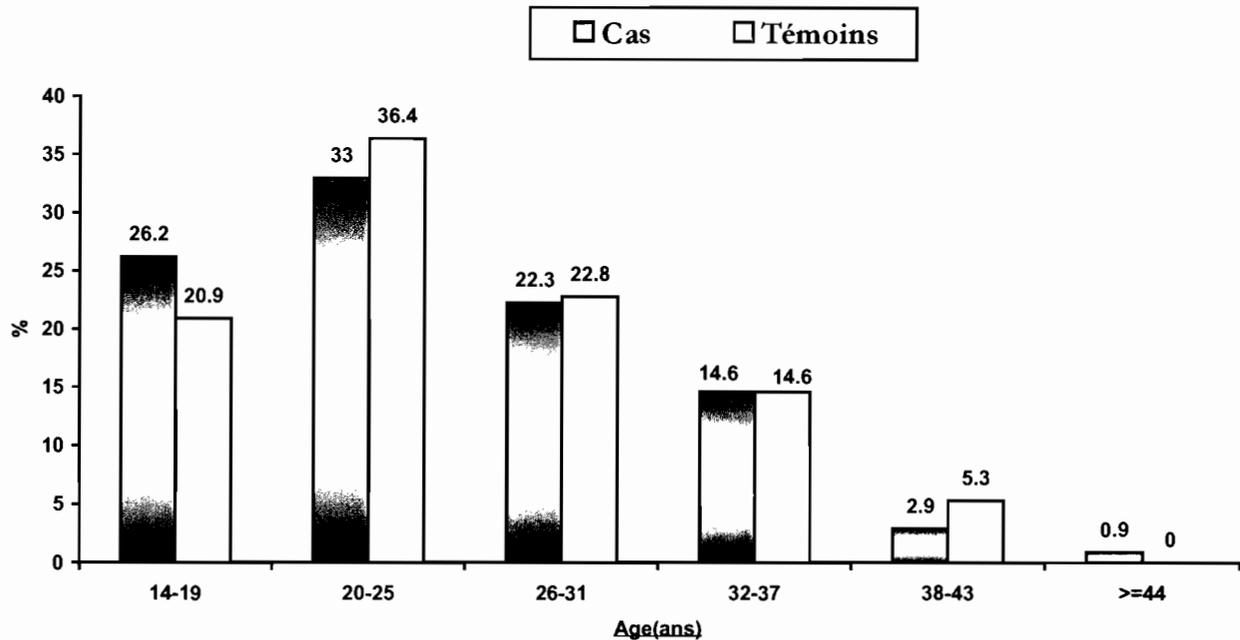
Résultats

Résultats descriptifs

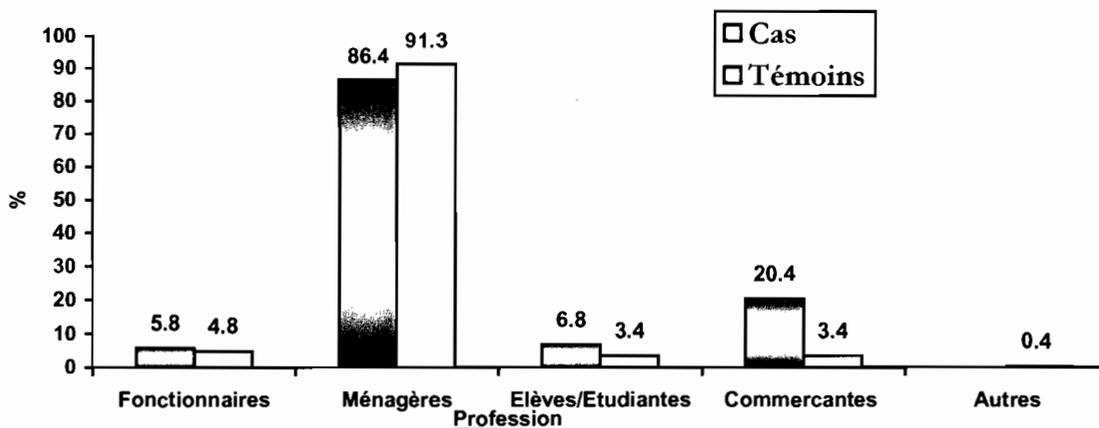
Fréquence

Au cours de notre étude nous avons enregistré 103 accouchements du siège remplissant nos critères d'inclusion sur les 7212 accouchements effectués soit une fréquence de 1,42%.

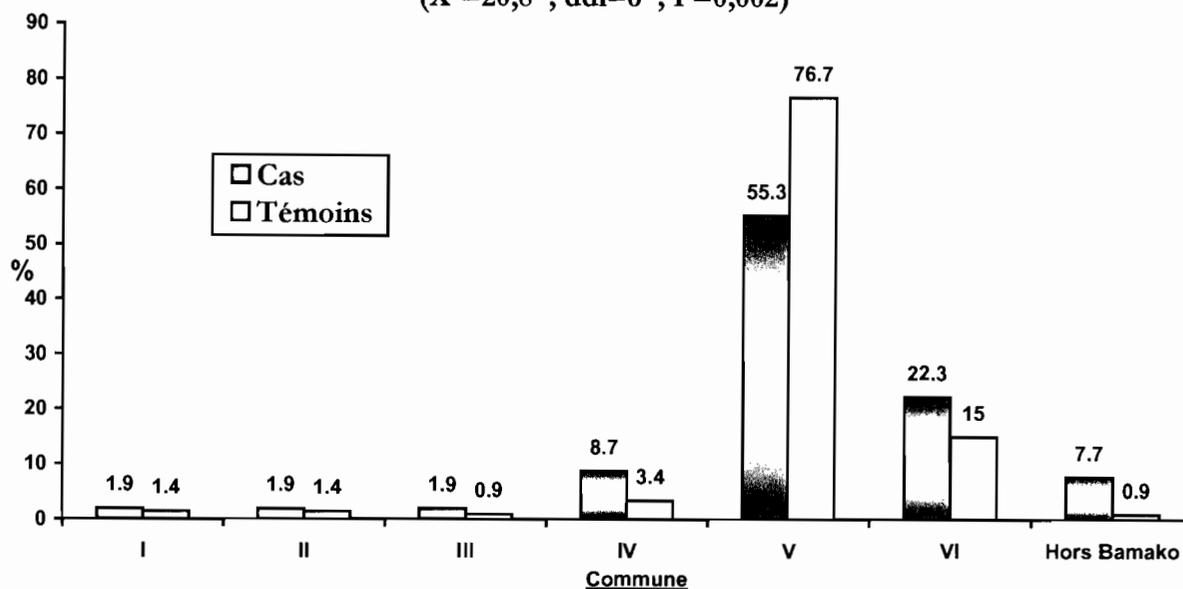
Graphique n°1. Répartition des parturientes en fonction de l'âge
(Khi2=3,9 ddl= 5 P= 0,5)



Graphique n°2. Répartition des parturientes en fonction de la profession
(Khi2=5,7 ddl=5 P=0,3).



Graphique n°3. Répartition des parturientes en fonction de la résidence
($X^2=20,8$; ddl=6 ; $P=0,002$)



Graphique n°4. Répartition des parturientes en fonction du suivi prénatal
(OR=0,7 ; IC95%=0,3-1,4)

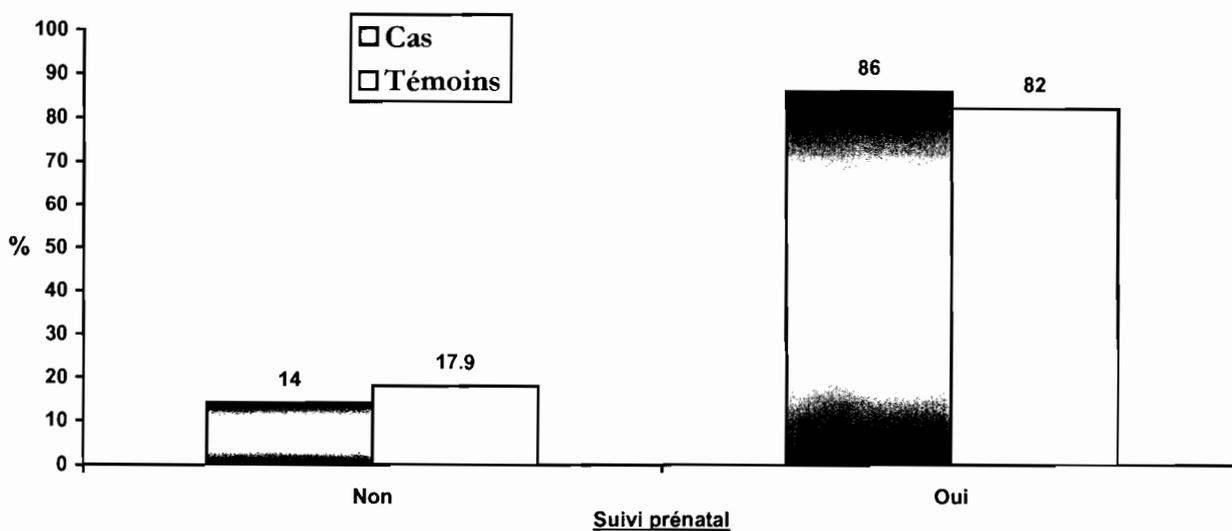
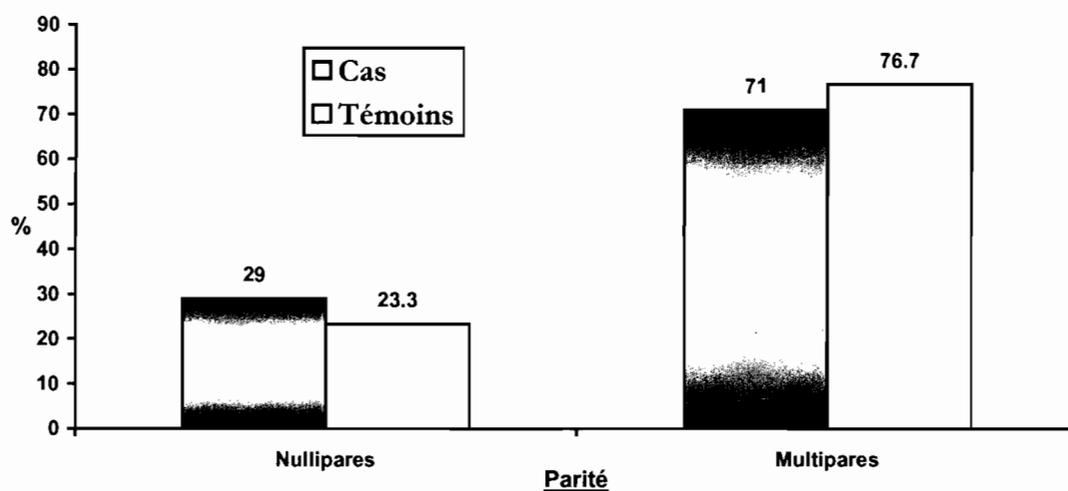


Tableau 1. Répartition des parturientes en fonction de la parité

	<4		4-6		>6		Total	
Cas	73	71%	20	19,4%	10	9,7%	103	100%
Témoins	164	79,6%	30	14,6%	12	5,8%	206	100%
Total	237	79,7%	50	24,3%	22	7,1%	309	100%

Khi² =3,1 ddl=2 P=0,20

Graphique n°5. Répartition des parturientes en fonction de la parité
(OR=1,3 ; IC95%=0,7-2,4)



Graphique n°6. Répartition des parturientes en fonction des antécédents obstétricaux (Césarienne: or =12,2 ; ic95% =2,4-82,5)

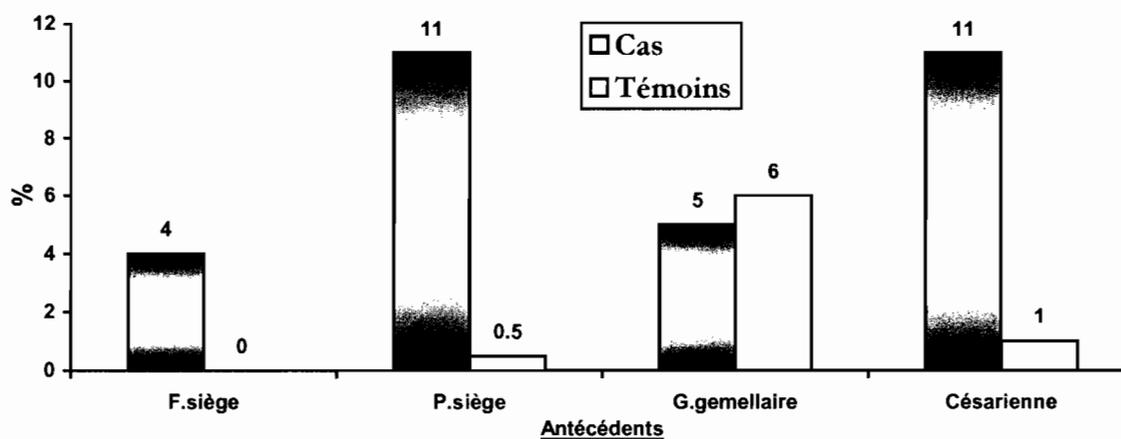


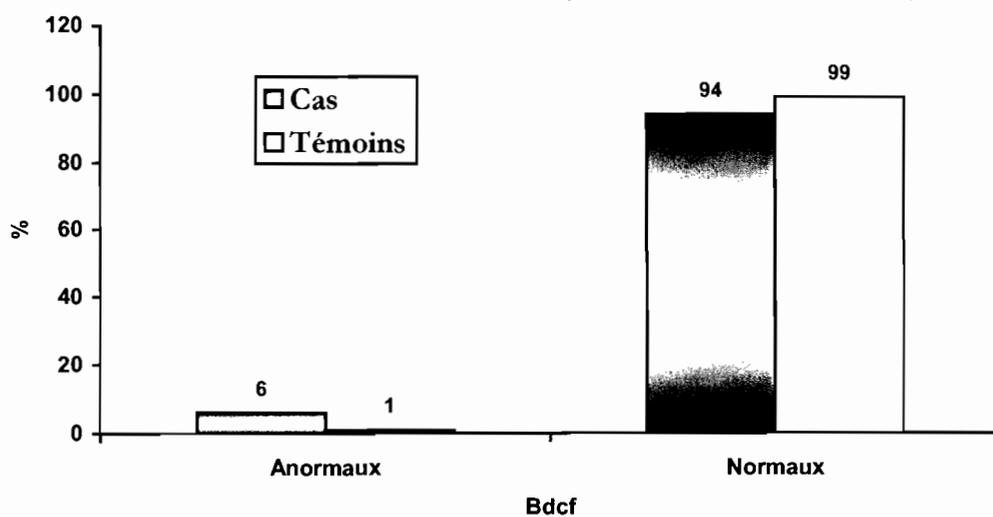
Tableau 2. Répartition des parturientes en fonction de la taille

	<u>Taille</u>				Total	
	Taille < 150 cm		Taille ≥ 150 cm			
Cas	3	2,9%	100	97,1%	103	100%
Témoins	3	1,5%	203	98,5%	206	100%
Total	6	2%	303	98%	309	100%

OR=2,03; IC95% = 0,3-13,02*

Tableau 3. Répartition des parturientes en fonction du poids

	<u>Poids</u>						Total	
	45-60 kgp		61-76 kgp		>76 kgp			
Cas	21	20,4%	71	69%	11	10,7%	103	100%
Témoins	22	10,7%	163	79,1%	21	10,2%	206	100%
Total	43	13,9%	234	75,7%	32	10,4%	309	100%

K_{hi}²=5,6 ddl=2 P=0,06**Graphique n°7. Répartition des parturientes en fonction de la qualité des bruits du coeur du fœtus (OR=6,3 IC95%=1,1-46,7*)**

Graphique n°8. Répartition des parturientes en fonction du niveau de la présentation (OR=3,1 ; IC95%=1,8-5,3).

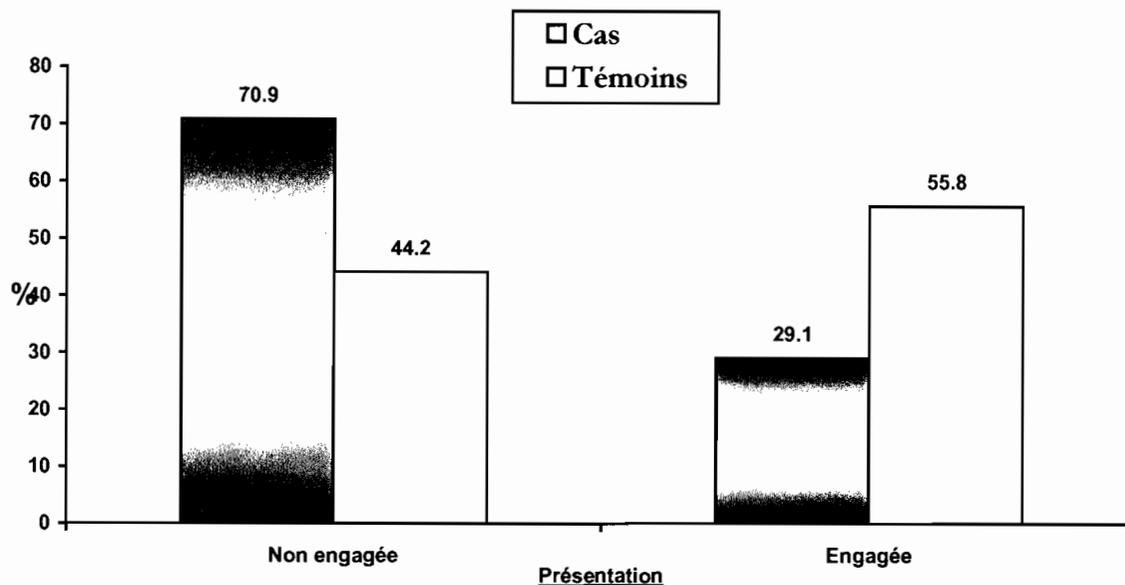


Tableau 4. Répartition des cas en fonction du mode de présentation
Mode de présentation

	Siège		Total
	Complet	Décompleté	
Cas	52 50,5%	51 49,5%	103 100%

Tableau 5. Répartition des parturientes en fonction de la variété de présentation

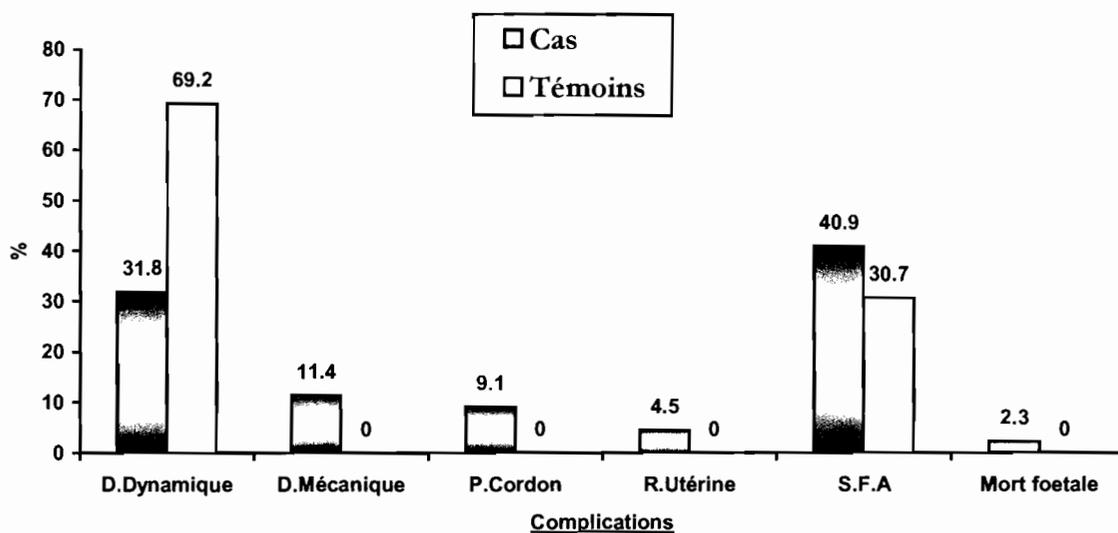
	SIGA	SIDP	SIGP	SIDA	OIGA	OIDP	OIGP	OIDA	Total
Cas	62	3	2	36	-	-	-	-	103
Témoins	-	-	-	-	156	3	2	45	206
Total	62	3	2	36	156	3	2	45	309

$\text{Khi}^2 = 304,5$ ddl = 7 P < 0,05

Tableau 6. Répartition des cas en fonction de la voie d'accouchement
Voie d'accouchement

	Césarienne		Voie basse		Total
Cas	31	30%	72	70%	103
					100%

Graphique n°9. Répartition des parturientes en fonction de l'évolution de l'accouchement ($\text{Khi}^2=7,3$ ddl=5 $P=0,19$)



Graphique n°10. Répartition des parturientes en fonction des thérapeutiques utilisées ($\text{Khi}^2=134,1$ ddl=6 $P<0,05$)

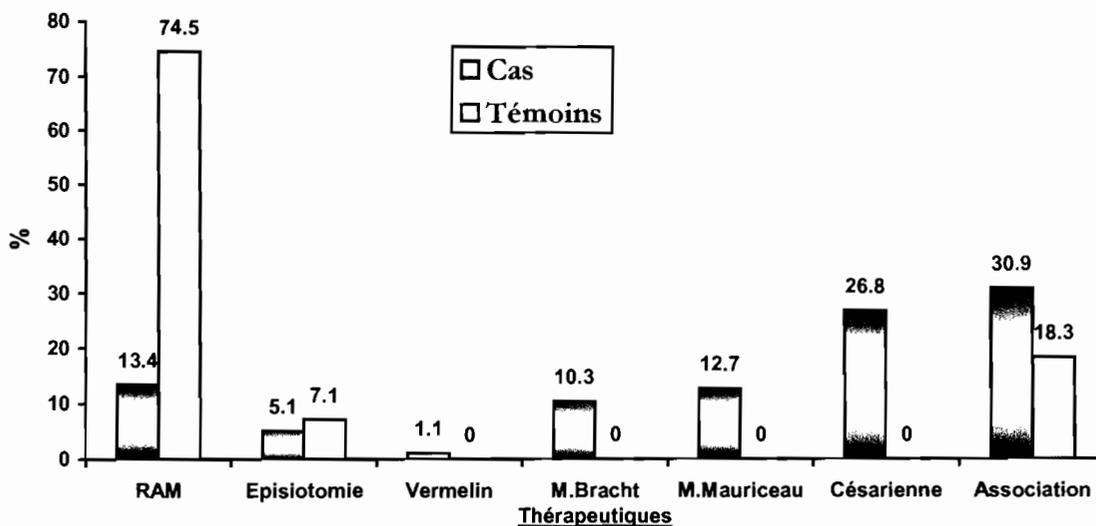


Tableau 7. Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'effort expulsif**Effort expulsif**

	Effort >30 minutes		Effort ≤ 30minutes		Total	
Cas	10	9,7%	93	93,3%	103	100%
Témoins	9	4,4%	197	95,6%	206	100%
Total	19	6%	290	94%	309	100%

OR=2,4 IC95%=0,9-6,6

Tableau 8 . Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail**Travail**

	Travail ≥ 12 heures		Travail < 12 heures		Total	
Cas	27	26,2%	73,8%		103	100%
Témoins	34	16,5%	83,5%	172	206	100%
Total	61	19,7%	80,3%	248	309	100%

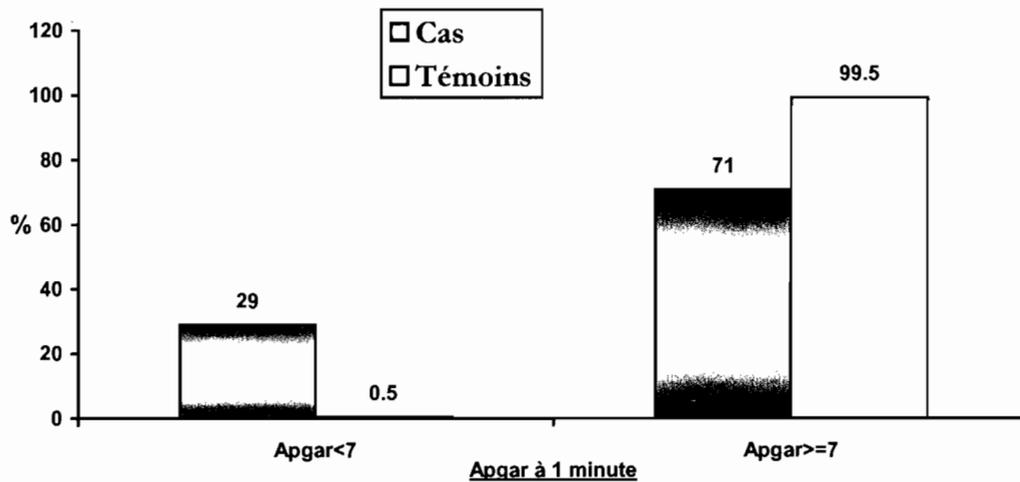
OR=1,8 IC95%=0,9 – 3,3

Tableau 9. Répartition des parturientes en fonction du sexe du nouveau-né**Sexe**

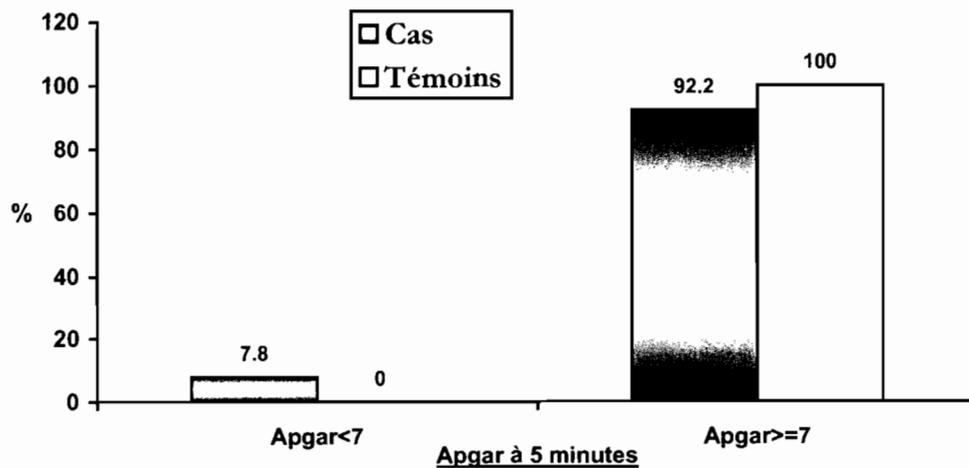
	Masculin		Féminin		Total	
Cas	51	49,5%	52	50,5%	103	100%
Témoins	103	50%	103	50%	206	100%
Total	154	49,8%	155	50,2%	309	100%

OR=0,9 IC95%=0,6-1,6

Graphique n°11. Répartition des parturientes en fonction du score d'Apgar à 1 minute (OR=60 ; IC95%=8,4-433,8).



Graphique n°12. Répartition des parturientes en fonction du score d'Apgar à 5 minutes (OR=? IC95%=? ; Khi²=8,1 P=0,00005)



Graphique n°13. Répartition des parturientes en fonction de la réanimation des nouveau-nés (OR=? IC95%=?)

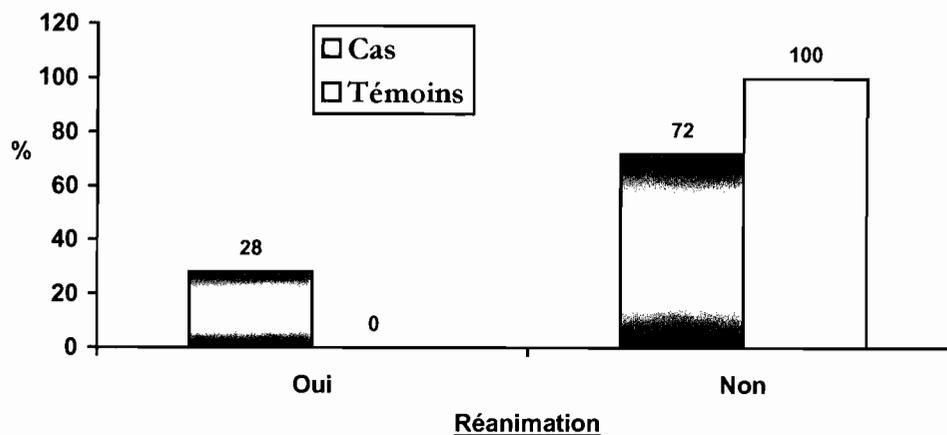


Tableau 10. Répartition des parturientes en fonction du poids du nouveau-né

	Poids \geq 4000g		Poids < 4000g		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cas	3	2,9%	100	97,1%	103	100%
Témoins	2	0,9%	204	99,1%	206	100%
Total	5	1,6%	304	98,4%	309	100%

OR=3,1 IC95%=0,4 – 26,6*

Tableau 11. Répartition des parturientes en fonction de la taille du nouveau-né

	48 cm		49-51 cm		>51 cm		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cas	11	10,7%	81	78,6%	11	10,7%	103	100%
Témoins	25	12,1%	169	82%	12	5,8%	206	100%
Total	36	11,7%	250	80,9%	23	7,4%	309	100%

Khi2 =2,4 ddl=2 P=0,30

Tableau 12. Répartition des parturientes en fonction du périmètre crânien du nouveau-né**Périmètre crânien**

	≤ 32 cm		33 – 36 cm		> 36 cm		Total	
Cas	11	10,7%	92	89,3%	-		103	100%
Témoins	26	12,6%	175	85%	5	2,4%	206	100%
Total	37	12%	267	86,4%	5	1,6%	309	100%

Chi²= 2,9 ddl=2 P=0,23

Tableau 13. Répartition des parturientes en fonction de la fréquence des bretelles**bretelles**

	Oui		Non		Total	
Cas	8	8%	95	92%	103	100%
Témoins	6	3%	200	97%	206	100%
Total	14	4,5%	285	93,5%	309	100%

OR=2,8 IC95%=0,8 – 9,5*

Tableau 14. Répartition des parturientes en fonction la fréquence de circulaire du cordon au cou du nouveau-né**Circulaires au cou**

	Oui		Non		Total	
Cas	14	14%	89	86%	103	100%
Témoins	6	3%	200	97%	206	100%
Total	20	6,5%	289	93,5%	309	100%

OR=5,2 IC95%=1,8- 16,1 *

Tableau 15. Répartition des parturientes en fonction de la longueur du cordon ombilical**Longueur du cordon**

	Anormale <50cm ou>70cm		Normale 50-70cm		Total	
Cas	21	20%	82	80%	103	100%
Témoins	26	13%	180	87%	206	100%
Total	47	15,2%	262	84,8%	309	100%

OR=1,8 IC95%= 0,9-3,5

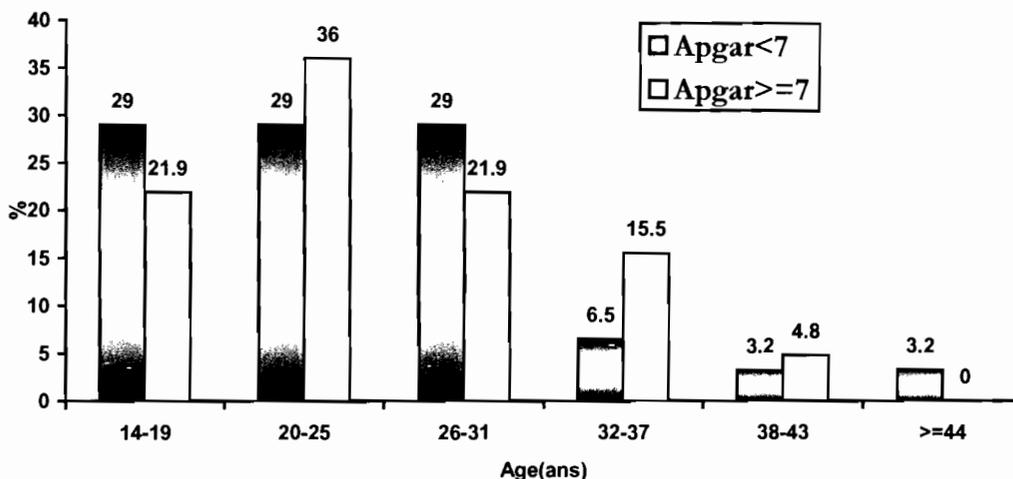
Résultats analytiques

Tableau 16. Répartition des parturientes en fonction de la zone d'insertion du cordon au placenta

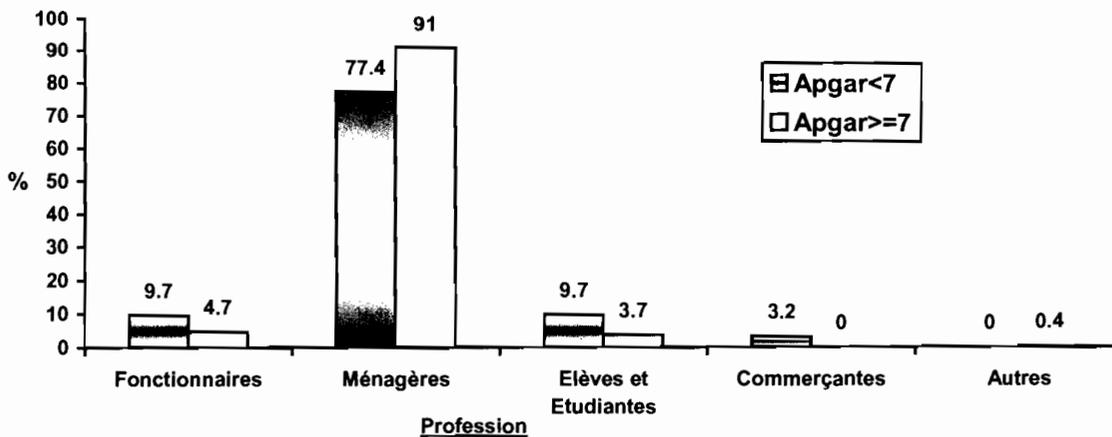
	Insertion du cordon				Total	100%
	Marginale ou latérale		Centrale			
Cas	28	27%	75	73%	103	100%
Témoins	20	9,7%	186	90,3%	206	100%
Total	48	15,5%	261	84,5%	309	100%

OR=3,5 IC95%= 1,2 – 7,4

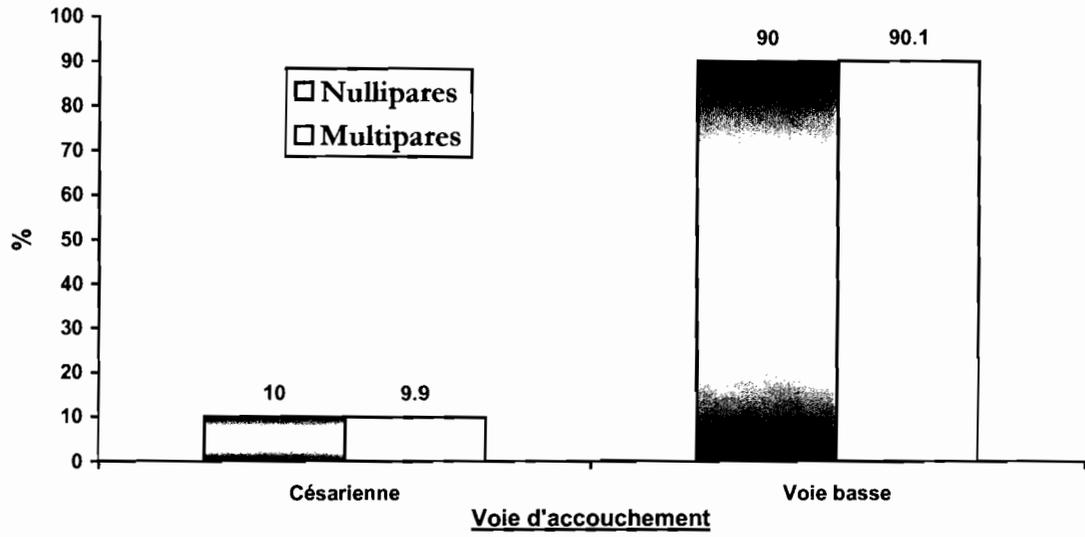
Graphique n°14. Répartition des parturientes en fonction de l'age et du score d'Apgar à 1 minute (Khi 2=12,3 ddl=5 P=0,03)



Graphique n°15. Répartition des parturientes en fonction de la profession et du score d'Apgar à 1 minute (X²=13,6 ; ddl=5 ; P=0,018)



Graphique n°16. Répartition des parturientes en fonction de la parité et de la voie d'accouchement (OR=1,03 ; IC95%=0,4-2,6)



Graphique n°17. Répartition des parturientes en fonction de la qualité des bdcf et du score d'Appgar à 1 minute (OR=10,2 IC95%=1,9-52,7)

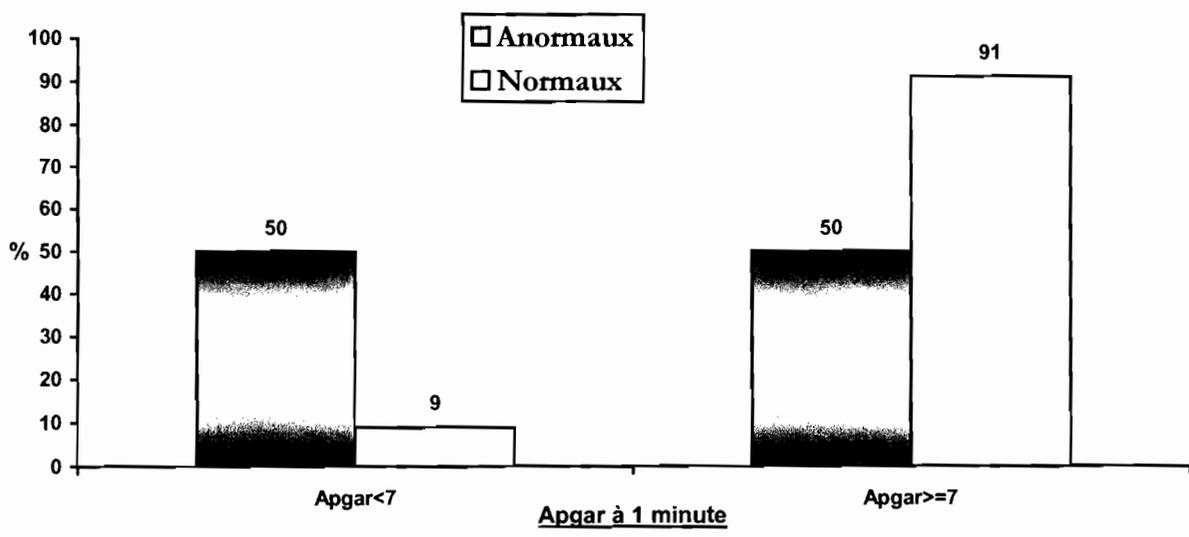
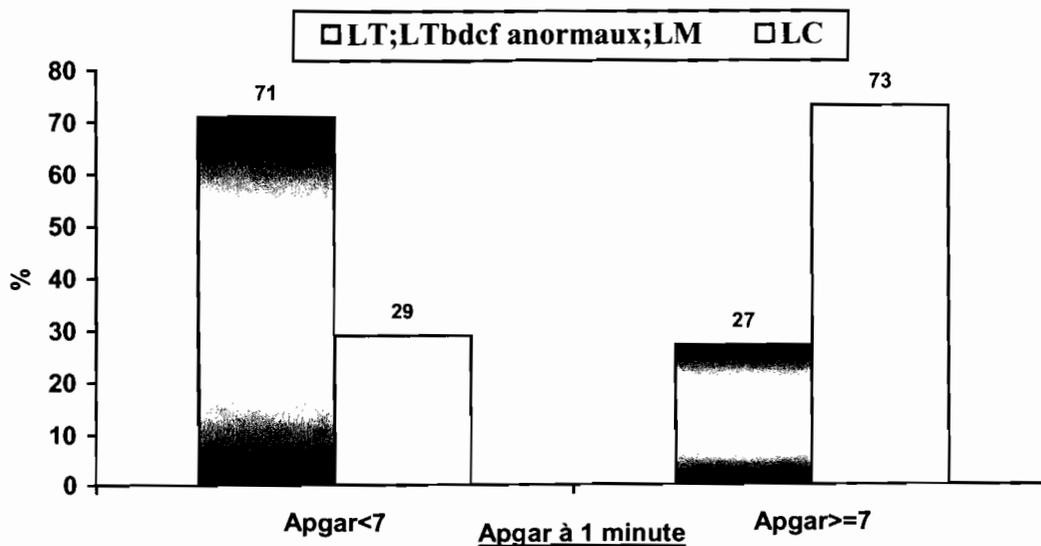


Tableau 17. Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine et du score d'Apgar à 1 minute

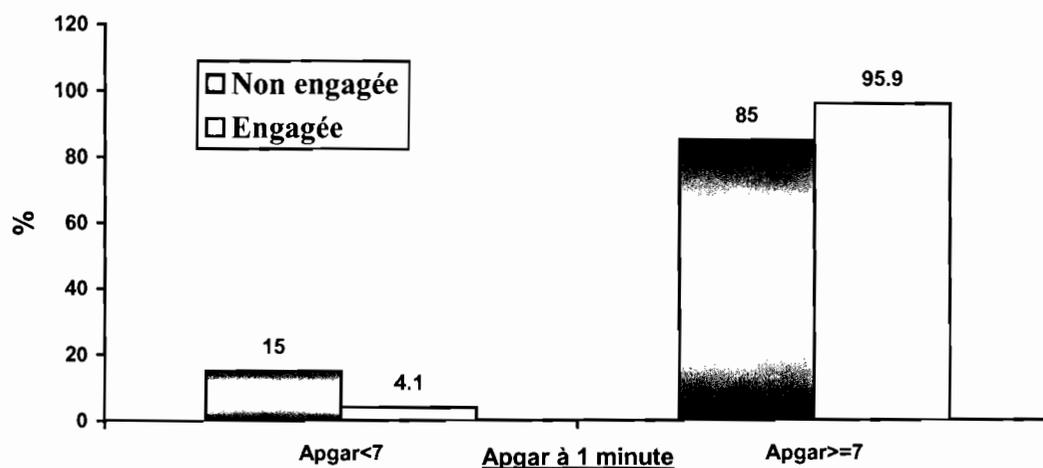
	<u>Apgar à 1 minute</u>	
	Apgar < 7	Apgar ≥ 7
Hauteur utérine moyenne	33,6cm	33,2
Intervalle (Minimum – Maximum)	(29-38cm)	(27-41cm)

P=0,27

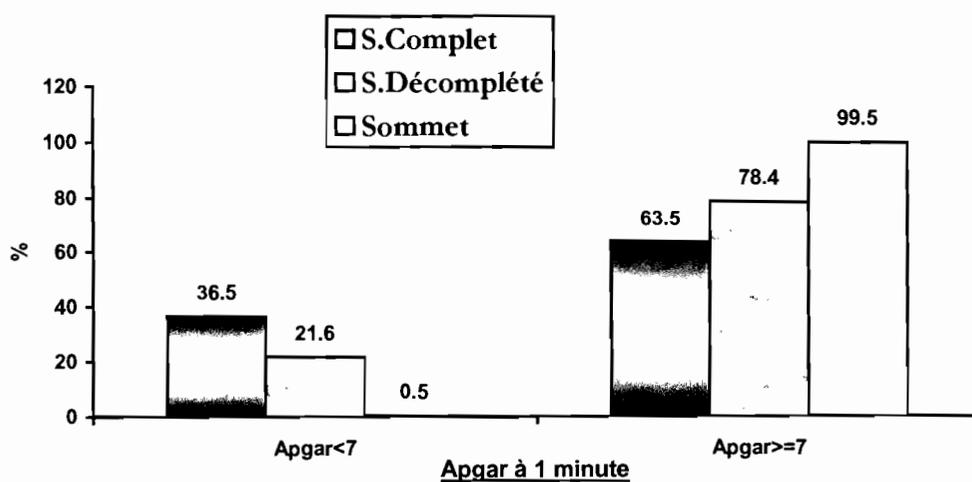
Graphique n°18 . Répartition des parturientes en fonction de la couleur du liquide amniotique et du score d'Apgar à 1minute (OR=6,5 ; IC95%=2,7-16,1)



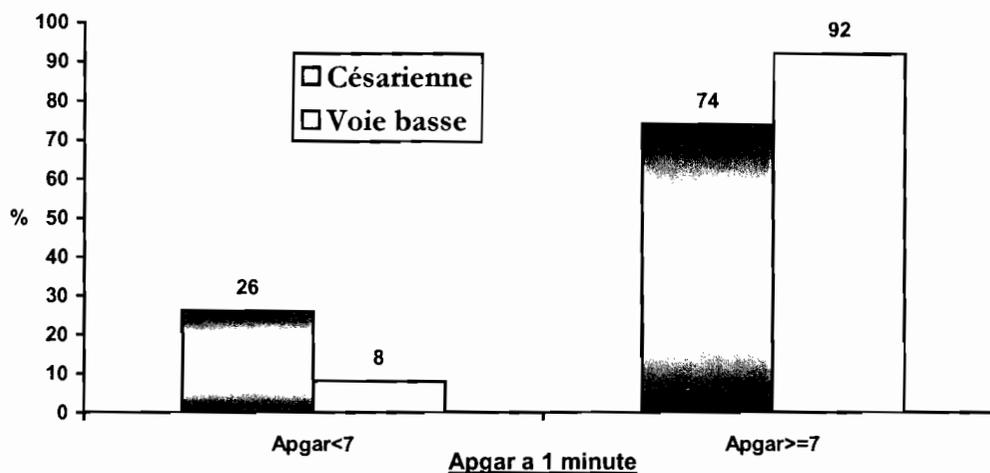
Graphique n°19. Répartition des parturientes en fonction du niveau de présentation et du score d'Apgar à 1 minute (OR=4,2 ; IC95%=1,2-12,8)



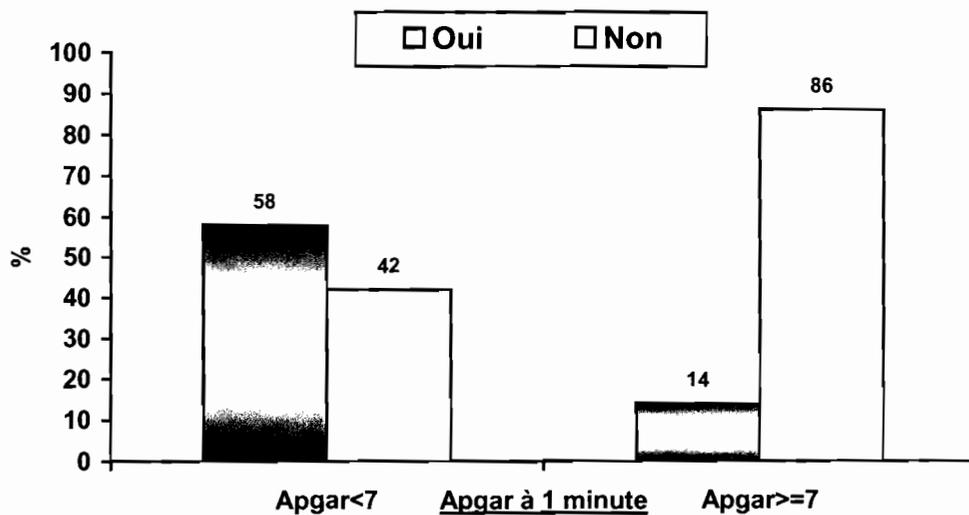
Graphique n°20. Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation et du score d'Apgar à 1 minute ($\chi^2=295,9$ ddl=2 $P<0,05$).



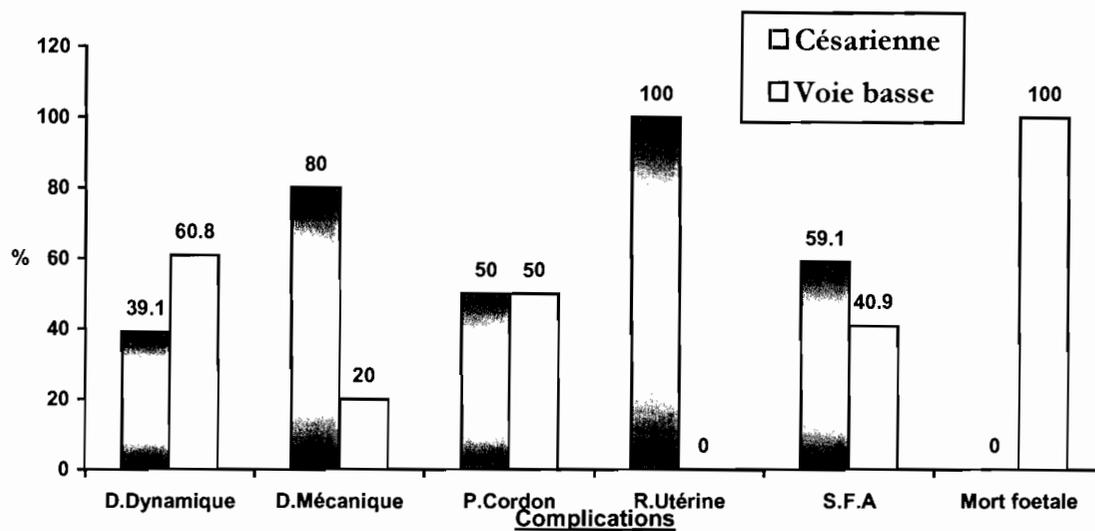
Graphique n°21. Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et du score d'Apgar à 1 minute
(OR=3.8 ; IC95%=1,4 - 10,3)



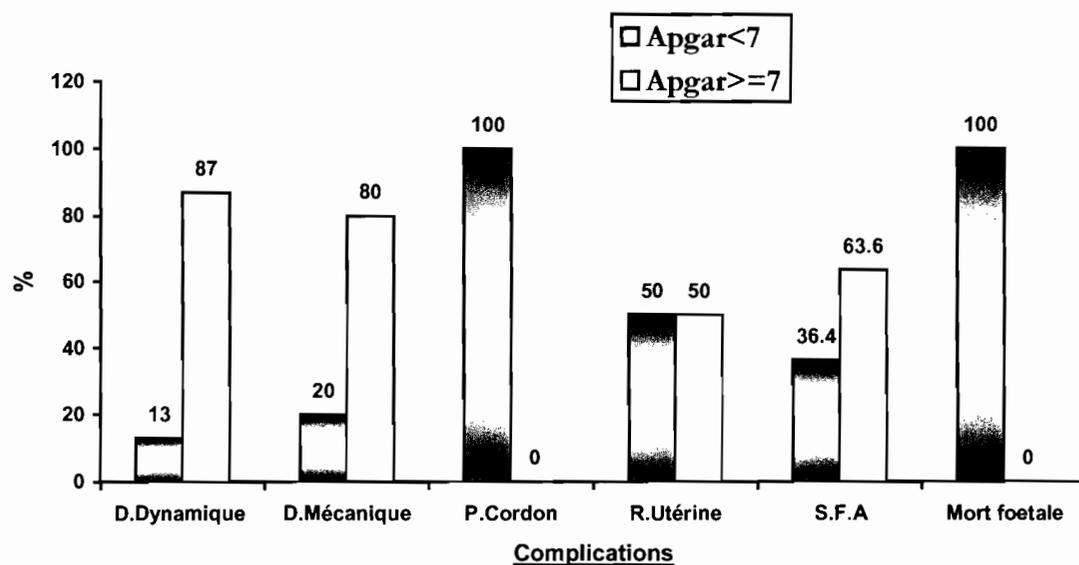
Graphique n°22. Répartition des parturientes en fonction de la fréquence des complications et du score d'Apgar à 1 minute (OR=8.5 ; IC95%=3,6-20,1)



Graphique n°23. Répartition des parturientes en fonction des complications et de la voie d'accouchement ($\text{Khi}^2=6,4$ ddl=5 $P=0,26$)



Graphique n°24. Répartition des parturientes en fonction des complications de l'accouchement et du score d'Apgar à 1 minute ($\text{Khi}^2=15,3$ ddl=5 $P=0,008$).



Graphique n°25. Répartition des parturientes en fonction de la durée de l'effort expulsif et du score d'Apgar à 1 minute (OR=3,6 IC95%=1,1- 12*).

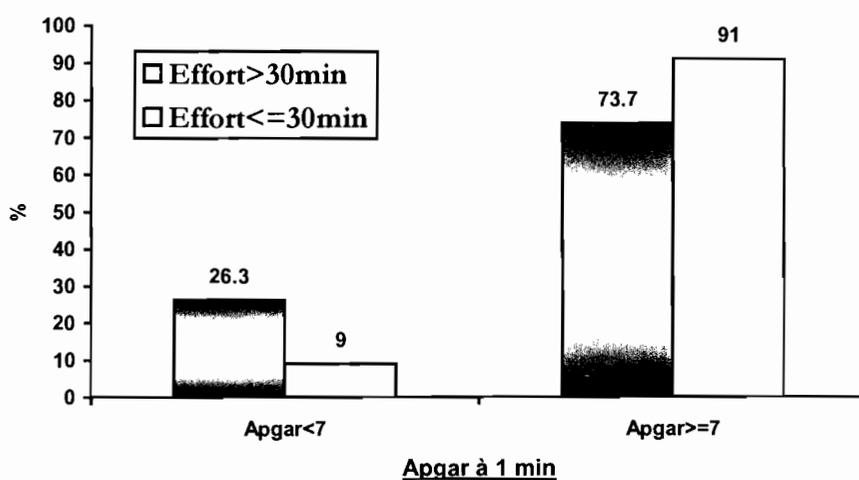
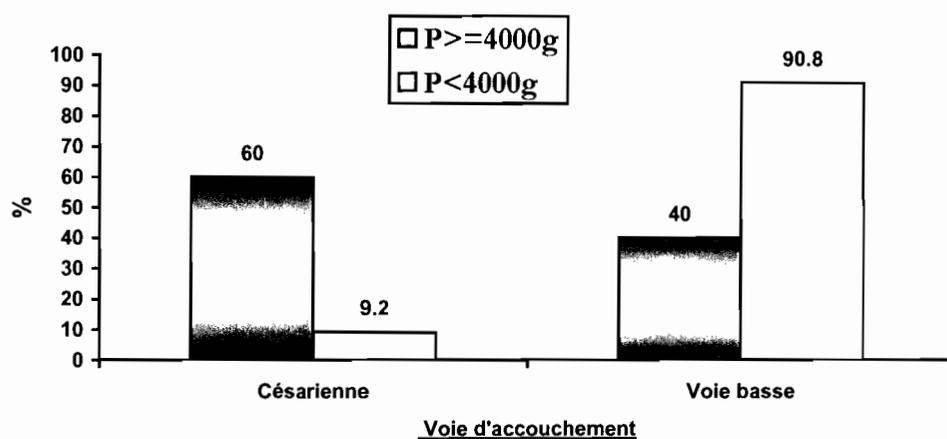


Tableau 18. Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail et du score d'Apgar à 1 minute.

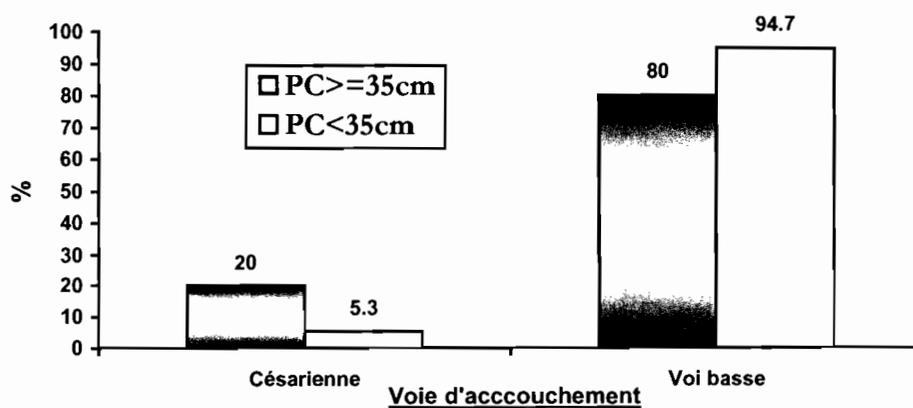
	Apgar à 1 minute				Total	
	Apgar < 7		Apgar ≥ 7			
Travail ≥ 12heures	8	13,1%	53	86,9%	61	100%
Travail < 12 heures	23	9,3%	225	90,7%	248	100%
Total	31	10%	278	90%	309	100%

OR=1,5 IC95%=0,6 – 3,7

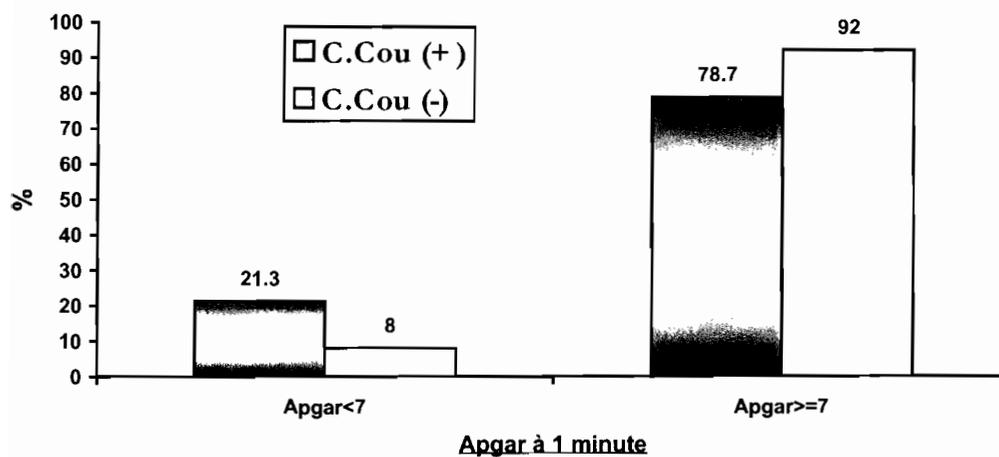
Graphique n°26. Répartition des parturientes en fonction du poids du nouveau-né et de la voie d'accouchement
(OR=14,8 IC95%=1,9 - 133,2*)



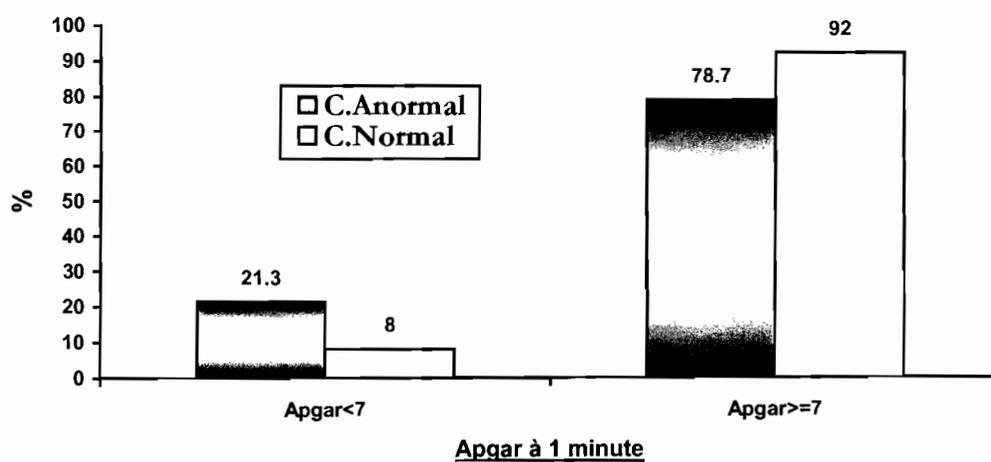
Graphique n°27. Répartition des parturientes en fonction du périmètre crânien et de la voie d'accouchement
(OR=4,5 IC95%=1,9 - 10,6)



Graphique n°28. Répartition des parturientes en fonction de la présence du circulaire du cordon au cou et du score d'Apgar à 1 minute (OR=7,7 ; IC95%=2,5 - 23,2).



Graphique n°29. Répartition des parturientes en fonction de la longueur du cordon ombilical et du score d'Apgar à 1 minute (OR=3,1 ; IC95%=1,2 - 7,7).



Graphique n°30. Répartition des parturientes en fonction de l'insertion funiculaire au placenta et du score d'Apgar à 1 minute (OR=3,1 ; IC95%=1,2-7,4).

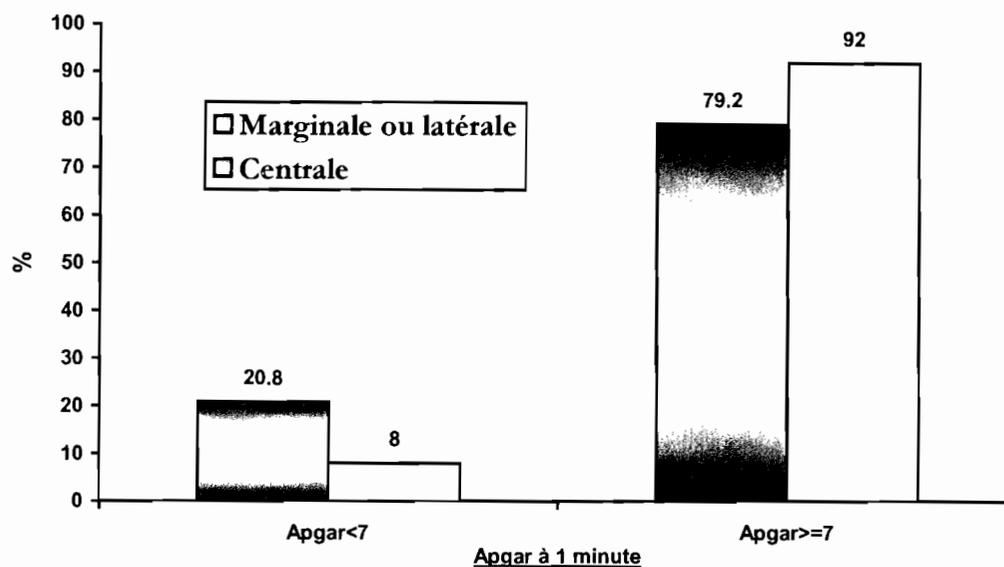


Tableau 19. Répartition des parturientes en fonction de la zone d'insertion funiculaire et de la fréquence des bretelles.

	Bretelles		Total	Total
	Oui	Non		
Marginale ou latérale	7 14,6%	41 85,4%	48	100%
Centrale	7 3%	254 97%	261	100%
Total	14 4,5%	295 95,5%	309	100%

OR=6,2 IC95%=1,8 - 21

Tableau 20. Répartition des parturientes en fonction de la zone d'insertion du cordon au placenta et de la fréquence de circulaire du cordon au cou du nouveau-né

	Circulaire au cou		Total	Total
	Oui	Non		
Marginale ou latérale	11 23%	37 77%	48	100%
Centrale	9 3,4%	252 96,6%	261	100%
Total	20 6,5%	289 93,5%	309	100%

OR=8,3 IC95%=2,9 - 23,7

Commentaires et discussions

A -Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 7212 accouchements, avec 103 accouchements du siège remplissant tous les critères d'inclusion dans notre étude. La fréquence de ces accouchements du siège s'élève alors à 1,42% des accouchements dans notre service. Nos résultats sont comparables à ceux de certaines études africaines, GHASSAN H.³ 1,52% en Côte d'Ivoire; DEMBELE A.⁵ 1,72% au Mali, mais sont inférieurs à beaucoup d'autres études africaines ILESANMI OA.⁹² 2,1% au Nigéria, RACHDI R.⁹³ 3,87% en Tunisie, MEKTIB TA.⁹⁴ 4% en Ethiopie, FARSI IF.¹⁰ 5,4% au Sénégal ; Européennes ERKAYA S.⁹⁵ 2,4% en Turquie, ROSENAU L.⁸ 3,2% en France, ou Américaines DURLIN E.⁴ 7,9%, SHEER K.⁹⁶ 13%, et HILL LM.⁹⁷ 7,4% aux Etats-Unis. Cette différence entre nos résultats et ceux des autres études s'explique par la méthodologie variable selon les contextes et les objectifs définis.

B- Identification des parturientes

Age des parturientes

L'observation de nos résultats montre que 82% des cas (84/103) ont un âge inférieur à 32 ans, contre 80% chez les témoins (165/206). L'âge moyen de nos parturientes est de 24 ans pour les cas et 25 ans pour les témoins sans différence statistiquement significative entre nos deux populations (P= 0,65).

Nos résultats sont comparables à ceux de, FARSI IF¹⁰ au Sénégal, ERKAYA S.⁹⁵ en Turquie, ROSENAU L.⁸ en France qui trouvaient respectivement pour les cas une moyenne d'âge de 27 ans, 25ans et 27 ans.

Cette même observation de nos résultats nous permet de constater que l'âge est un facteur pronostique très important de l'accouchement du siège car 87% des nouveau-nés de mère d'âge inférieur à 32ans ont eu un score d'Apgar inférieur à 7 à la première minute contre 13% des nouveau-nés de mères d'âge supérieur ou égal à 32 ans. Cette différence est statistiquement significative P(= 0,031). Nous pouvons dire alors que le relatif jeune âge est un facteur de mauvais pronostic fœtal.

Profession

Notre population d'étude est majoritairement composée de ménagères soient 86,4% des cas contre 91,3% des témoins. Le reste de la population est composé de fonctionnaires, d'élèves et étudiantes, et de commerçantes. Il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux populations ($P=0,32$). Notre résultat est comparable à celui de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait 89,7% de ménagères. La relation profession score d'Apgar à la 1^{ère} minute nous montre que la population majoritaire de notre échantillon composée de ménagères est la plus exposée au mauvais score 77,4% contre respectivement 9,7% chez les élèves et fonctionnaires, et 3,2% chez les commerçantes. Cette différence est statistiquement significative ($P=0,02$).

Statut matrimonial

Notre échantillon est constitué de 7% femmes célibataires pour les cas contre 3% pour les témoins. Les femmes mariées sont fortement majoritaires dans notre échantillon mais il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux populations ($OR=2,1$; $IC95\%=0,6-7$). La relation entre statut matrimonial et score d'Apgar à la 1^{ère} minute montre une fréquence relativement élevée de femmes célibataires 29% contre 9% de femmes mariées. Le statut de célibataires expose plus au mauvais score d'Apgar. Cette différence est statistiquement non significative ($OR=3,9$; $IC95\%=0,9-15,2$).

Niveau d'étude

Notre échantillon d'étude est composé en majorité de femmes non scolarisées qui représentent 72% des cas contre 75% des témoins. Il n'y a pas de différence statistique entre les deux groupes ($P=0,88$). La population non scolarisée étant constituée de ménagères en majorité le pronostic fœtal est parallèle dans les deux situations.

Résidence

Les résultats de notre étude nous montrent qu'en dehors de la commune V où résident 55% de nos cas, les parturientes provenant des communes IV, VI et hors

du district représentent respectivement 9%, 22% et 8% des cas. Quant aux témoins 77% sont de commune V contre respectivement 3,5%, 15%, et 1% pour les communes IV, VI et hors du district. Cette différence statistique est fortement significative ($P=0,002$) Nos résultats sont supérieurs à ceux de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait 5,6% de parturientes résidant hors du district de Bamako. Quant au nombre élevé de parturientes résidentes hors de la commune V qui représentent 45% de nos cas contre 23% de nos témoins. Cette différence est statistiquement significative ($OR=2,7$; $IC95\%=1,5-4,6$). La relation entre la résidence et le score d'Apgar à la première minute nous montre que 15% des parturientes résidentes hors de la commune V ont un score inférieur à 7 contre 8% des parturientes résidentes en commune V. Bien que la distance à parcourir pour rejoindre le centre de santé soit un facteur pronostique important nos résultats ne retrouvent pas de différence statistiquement significative ($OR=2$; $IC95\%=0,9-4,6$).

Suivi des grossesses

L'observation de notre population d'étude nous montre que 14% des cas n'ont pas fait de consultations prénatales contre 18% des témoins. Nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre nos deux populations dans le suivi des grossesses ($OR=0,7$; $IC95\%=0,4-1,5$). Notre résultat est meilleur à ceux de RACHDI R.⁹³ en Tunisie, DEMBELE A.⁵ au Mali, FARSI IL.¹⁰ au Sénégal qui trouvaient respectivement 35%, 39,1% et 41% de grossesses non suivies pour les cas. Par contre notre résultat est comparable à celui retrouvé par l'EDS¹⁰⁵ au Mali avec 11% de consultations prénatales non faites pour le district de Bamako, mais reste meilleur aux résultats des autres zones urbaines et rurales du Mali qui sont respectivement 19% et 65% de consultations prénatales non faites.

La moyenne des consultations faites pour notre population d'étude est de 4, donc est le minimum recommandé par l'OMS citée par l'EDS⁹⁸. La relation entre le suivi des grossesses et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute nous montre que 4% des grossesses non suivies ont un score inférieur à 7 contre 11,2% des grossesses suivies. Malgré cette différence clinique il n'y a pas de différence statistique

significative (OR=0,3 ; IC95%=0,1-1,5). Le nombre de consultations prénatales dans notre étude variant de 1 à 11, le score d'Apgar à la première minute est inversement proportionnel à ce nombre et cela jusqu'à 7 consultations, pas de différence statistiquement significative (P=0,20). Cette augmentation du nombre de nouveau-nés au mauvais score d'Apgar à la 1^{ère} minute issus des mères ayant plus de 7 consultations prénatales pourrait s'expliquer par la qualité des suivis ou par d'autres facteurs non déterminés avant ou au cours de l'accouchement.

C-Antécédents obstétricaux

Gestité et parité

Les paucigestes (nombre de grossesses inférieur à 4) représentent 59,2% des cas contre 66,5% des témoins, il n'y a pas de différence statistique significative (P=0,35). Les scores d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 chez les paucigestes, multigestes et grandes multigestes sont respectivement 9,5%, 9,5% et 13% (P=0,79). La parité étant un facteur pronostique dans l'accouchement, les paucipares représentent 71% des cas contre 79,6% des témoins (P=0,20). Les multipares et grandes multipares représentent respectivement 19,4% et 9,7% des cas. Notre résultat est supérieur à celui de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait 49% de paucipares contre 37,2% de grandes multipares. La relation entre parité et score d'Apgar à la 1^{ère} minute nous montre que les paucipares 9% ont un score inférieur à 7 contre 14% chez les multipares et grandes multipares (P=0,46). Les valeurs moyennes de la gestité sont 3,57 (1-14) pour les cas contre 3,25 (1-11) pour les témoins (P=0,03). Quant à la parité , les valeurs moyennes sont respectivement 2,41 (0-13) pour les cas et 2,18 (0-11) pour les témoins (P=0,41). La nulliparité considérée facteur favorisant la présentation du siège est retrouvée chez 29% de nos cas contre 23,3% des témoins ; la différence est statistiquement non significative (OR=1,35 ; IC95%=0,7-2,4). La primiparité n'étant pas une indication de césarienne systématique DUBOIS J.⁷, la césarienne est pratiquée comme voie d'accouchement chez 10,2% des nullipares contre 9,9% des multipares ; il n'y a pas de différence statistique significative (OR=1,03 ; IC95%=0,4-2,5). Notre résultat est inférieur à celui de DANIEL Y. et Coll.⁹⁹

en Israël qui trouvait 30% de césarienne chez les nullipares contre 11% chez les multipares. La relation parité et score d'Apgar à la 1^{ère} minute nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les nullipares 14% ont un score inférieur à 7, contre 8,7% des multipares (OR=1,7; IC95%=0,7-4,1).

Parité et durées de l'effort expulsif et du travail

Les durées de l'effort expulsif et du temps de travail sont des facteurs pronostiques très importants variables en fonction de la parité. Nos résultats n'ont pas montré de différence significative entre les durées de l'effort chez la nullipare 9% et la multipare 5,2%, (OR=1,8; IC95%=0,6-5,2), ces durées sont supérieures à 30 minutes. La comparaison des durées du travail montre que 28% des nullipares ont une durée supérieur ou égale à 12 heures, contre 17% des multipares. Cette forte différence est statistiquement (OR=1,8; IC95%=1,01-3,7). La durée moyenne de l'effort expulsif chez les nullipares est 17,55 minutes contre 14,23 minutes chez les multipares avec une différence statistiquement significative (P=0,007). La durée moyenne du travail chez les nullipares est de 10,14 heures contre 7,58 heures chez les multipares (P=0,00078).

Antécédents de sièges, de grossesses gemellaires, ou de césariennes

Les antécédents familiaux ou personnels de présentation du siège, de grossesses gemellaires, ou de césarienne sont des facteurs pronostiques très importants au cours de l'accouchement surtout si celui-ci se fait par le siège. Au cours de notre étude, nous avons retrouvé 4% d'antécédents familiaux de présentation de siège chez nos cas, par contre aucune notion d'antécédent de siège n'est retrouvée chez les témoins. Les antécédents personnels de présentation du siège sont retrouvés chez 11% de nos cas contre 0,5% chez les témoins avec une différence statistiquement pas significative (OR= 0,04 ; IC95%= 0-0,32). Notre résultat est supérieur à ceux de ROSENAU L.⁸ et DUMONT M.¹⁰⁰ en France, SEEDS JW.¹⁰¹ aux Etats-Unis qui trouvaient respectivement 3,1%, 6% et 8% d'antécédents personnels chez les cas. Ce résultat est comparable à celui de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait

10,1% ; mais reste inférieur à celui de TATUM RK.¹⁰² au Etats-Unis qui trouvait 20% comme antécédents chez les cas.

Les antécédents de grossesses gemellaires sont retrouvés chez 5% des cas contre 6% des témoins sans différence statistique significative (OR=1,2 ; IC95%= 0,3-4,1).

Les antécédents de césariennes (utérus cicatriciels) sont retrouvés chez 11% des cas contre 1% des témoins, avec une différence statistique significative entre les deux groupes (OR=12,2; IC95%= 2,4-82,4). Nos résultats sont supérieurs à ceux de DEMBELE A.⁵ AU Mali , FARSI IF.¹⁰ au Sénégal qui trouvaient respectivement 5,6% et 7,4% d'antécédents d'utérus cicatriciels (césarienne), mais restent comparables à celui de ROSENAU L.⁸ en France qui trouvait 11,7% d'antécédents d'utérus cicatriciels chez les cas. La césarienne est la voie la plus utilisée 69,2% chez les parturientes présentant un antécédent d'utérus cicatriciel contre 7,4% chez celles qui sont sans antécédents avec une différence statistiquement significative (OR=28 ; IC95%=7-119,2). Ce résultat est conforme aux indications classiques de césarienne pour siège sur utérus cicatriciel. Quant au score d'Apgar à la première minute il n'y a pas de différence statistique significative entre les deux groupes de parturientes présentant ou pas d'antécédents d'utérus cicatriciel 23% contre 9,4% (OR=2,8 ; IC95%=0,6-12,4) .

D-Paramètres obstétricaux à l'admission

Taille de la parturiente

Nos résultats nous montrent que 3% de nos cas (3/103) ont une taille inférieure à 1,50m contre 1,5% des témoins (3/206). Cette différence n'a pas de signification statistique (OR :2,03 IC95%:0,3-13,1*). Quant aux valeurs moyennes des tailles , nous retrouvons 172,33cm (143-179cm) pour les cas contre 168,95cm (147-176cm) pour les témoins avec une différence statistique significative (P=0,014). Nos résultats sont comparables à ceux de FARSI IF.¹⁰ au Sénégal 163cm et de ROSENAU L.⁸ en France 162cm (139-178cm). La pratique de la césarienne chez les parturientes de taille inférieure à 150 cm est de 33,3% contre 9,6% chez celles de taille supérieure ou égale à 150cm, (OR=4,7 ;IC95%=0,6-31,9*) il n'y a pas de différence statistique significative entre les deux groupes bien que la petite taille (inférieure à 150 cm)

expose plus à la césarienne comme voie d'accouchement. La relation taille et score d'Apgar à 1 minute nous montre que 33% (2/6) des parturientes de moins de 1,50m ont eu des fœtus au score d'Apgar inférieur à 7 contre seulement 10% des parturientes de plus de 1,50m, cette différence est statistiquement non significative.

Poids de la parturiente

Nos résultats nous montrent que 69% de nos cas (71/103) ont un poids compris entre 61 et 76kgp, contre 79% des témoins (163/206). Les poids moyens des parturientes est de 67,79 (45-115kgp) pour les cas contre 68,89kgp (50-101kgp) pour les témoins, donc pas de différence statistique ($P=0,24$). Ces résultats sont comparables à celui de FARSI IF.¹⁰ au Sénégal 67,48kgp en moyenne pour les cas, mais est supérieur à celui de ROSENAU L.⁸ en France 54,7kgp en moyenne (39-90kgp). La relation poids et score d'Apgar à 1 minute montre que 26% des nouveau-nés issus des mères de poids compris entre 45 et 60kgp ont un score inférieur à 7 contre 7% et 12% pour ceux des poids des mères compris entre 61 à 76kgp et supérieur à 76kgp ; cette différence est statistiquement significative ($P=0,00075$).

Hauteur utérine

La mesure de la hauteur utérine retrouve des valeurs moyennes de 33,6cm pour les cas (28-42cm), contre 33,1cm pour les témoins (27-41cm). Cette mesure de la hauteur utérine quelle que soit sa valeur ne présente pas de différence pronostique statistiquement significative ($P=0,27$).

Bruits du cœur du fœtus (bdcf)

Les bruits du cœur du fœtus sont dits anormaux lorsqu'ils sont inférieurs à 120 battements par minute ou supérieur à 160 battements par minute. Notre étude nous montre que 6% de nos cas ont des bdcf anormaux contre 1% de nos témoins cette différence est statistiquement significative ($OR=6,31$; $IC\ 95\%=1,1-46,7^*$). Les valeurs moyennes sont respectivement 132,9 (64-168batt /min) pour les cas, et 133,37 (116-159batt/min) pour les témoins.

La qualité des bdcf étant déterminante pour le pronostic fœtal, 50% des parturientes admises avec des bdcf anormaux ont eu des fœtus aux scores d'Apgar à 1 minute inférieur à 7, contre 9% chez les parturientes admises avec des bdcf normaux, cette différence est statistiquement significative (OR=10,2; IC95%=1,96-52,67*).

Dilatation du col

La division de l'évolution de la dilatation du col nous permet d'observer deux phases et cela grâce au partogramme qui reste l'instrument incontournable pour un suivi adéquat du travail d'accouchement. Ces deux phases sont : la phase de latence pour les dilatations inférieures à 4cm, et la phase active pour les dilatations supérieures ou égales à 4cm, sachant que la dilatation maximale est de 10cm. Les parturientes admises à la phase de latence représentent 27% des cas, contre 20% des témoins, (OR=1,5; IC95%=0,9-2,7) il n'y a pas de différence statistiquement significative. L'évolution de la dilatation étant un facteur déterminant de l'accouchement et donc du pronostic fœtal les parturientes admises à la phase de latence et à la phase active ayant des fœtus aux scores d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 représentent respectivement 14,5% contre 9%, il n'y a pas de différence statistiquement significative (OR=1,8; IC95%=0,7-4,2). Les valeurs moyennes de la dilatation du col sont respectivement 5,93 (1-10cm) pour les cas et 6,42 (1-10cm) pour les témoins, il n'y a donc pas de différence statistique significative (P=0,14).

Poche des eaux

La poche des eaux est intacte dans 13,4% des cas contre 74,5% des témoins. La couleur du liquide amniotique qui est un élément fondamental de surveillance clinique de l'accouchement, sa variation est une expression importante de la dynamique du travail. Le liquide teinté, ou teinté avec des bdcf altérés ou méconial représente 71% des cas ou le nouveau-né a un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 contre 29% pour le liquide clair, avec une différence statistiquement significative.

Niveau de la présentation du fœtus

Nos résultats confirment la valeur pronostique de la qualité de l'engagement de la présentation fœtale dans la filière pelvienne maternelle mais surtout de sa progression qui sans problème dynamique ou mécanique aboutit à l'expulsion d'un fœtus dans les conditions souhaitées. A l'admission, 71% des cas contre 44% des témoins avaient une présentation fœtale non engagée. Cette situation de non engagement de la présentation fœtale, plus fréquemment observée chez les cas que chez les témoins montre une différence statistiquement significative (OR=3,08 ; IC95%=1,80-5,27). Le non-engagement de la présentation influençant sur le pronostic donc du score d'Apgar à 1 minute 15% des cas de présentations non engagées ont un score inférieur à 7 et cela contre seulement 4% des cas de présentations engagées à l'admission, cette différence est statistiquement significative (OR=4,16; IC95%=1,16-12,76).

Mode de présentation et variétés

Au cours de notre étude 50,5% de nos cas étaient en mode complet contre 49,5% en mode décompleté. Cette différence est statistiquement significative ($P < 0,05$). Nos résultats sont comparables à ceux de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait 49,2% de modes complets, 49,2% de modes décompletés et 0,6% de mode non précisés. Quant à FARSI IF.¹⁰ au Sénégal 43,3% des cas étaient des modes complets contre 52,6% de modes décompletés, et 4,1% de modes non précisés. GHASSAN H.³ en Côte d'Ivoire 35,5% de modes complets contre 43,4% de modes décompletés et 21,1% de modes non précisés. Les variétés de présentation dans nos résultats sont surtout antérieures 95% pour les cas contre 98% pour les témoins, cette différence est statistiquement significative ($P < 0,05$). Notre résultat est supérieur à celui de FARSI IF.¹⁰ au Sénégal qui trouvait 85,5% de variétés antérieures contre 14,5% de variétés postérieures pour les cas. Les variétés gauches antérieures sont plus

importantes que les variétés droites antérieures dans les cas de siège 63,4% en SIGA et 37% en SIDA contre 78% en OIGA et 22,4% en OIDA.

Le mode considéré comme facteur pronostique nous permet d'observer que 36,5% des sièges complets ont un score d'Apgar inférieur à 7 contre 22% des sièges décomplets et seulement 0,5% des témoins en présentation du sommet, cette différence est statistiquement significative ($P < 0,05$). RACHDI R.⁹³ en Tunisie trouvait un pronostic indépendant du mode de présentation car la mortalité périnatale est de 4,8% pour les sièges décomplets contre 3,2% pour les sièges complets avec une différence statistiquement significative.

Accouchement

Au cours de notre étude, la voie idéale d'accouchement pour l'accoucheur, la parturiente, et surtout pour le nouveau-né a une fréquence réduite pour nos cas car 30% sont issus de la voie haute (césarienne) et cela contrairement à nos témoins qui sont tous issus de la voie basse il n'y a pas de différence statistique significative (OR indéterminé). Ces indications de césarienne sont toutes posées à partir de l'évolution du travail régulièrement suivi sur un partogramme. Par rapport aux études africaines notre résultat est fortement supérieur à ceux de, DEMBELE A.⁵ au Mali, GHASSAN H.³ en Côte d'Ivoire, ILESANMI OA.⁹² au Nigéria, RACHDI R.⁹³ en Tunisie qui trouvent respectivement 10,2% ; 10,7% ; 15% et 18% ; mais est comparable à celui de FARSI IF.¹⁰ au Sénégal qui trouve 32,8% d'accouchement par césarienne.

Comparé aux études européennes notre résultat est supérieur à ceux de OBWEGESER R.¹⁰³ en Autriche, LENNOX CE.¹⁰⁴ en Angleterre, qui trouvent respectivement 28% et 29,7%. D'autres résultats Européens sont fortement plus élevés que le nôtre, ce sont ERKAYA S.⁹⁵ en Turquie, KOO MR.¹⁰⁵ aux Pays-Bas, IRION O.¹⁰⁶ en Suisse, ROSENAU L.⁸ et DUBOIS J.⁷ en France, FEIGE A.¹⁰⁷ en Allemagne, SAUNDERS SJ.¹⁰⁸ en Angleterre qui trouvent respectivement 43,7%, 44,4%, 45,4%, 47,9% et 51%, 86,9%, et 90%.

En Asie , DANIEL Y.⁹⁹ et LEIBERMAN JR¹⁰⁹. tous deux en Israël retrouvent respectivement 20% et 83% montrant une variabilité importante dans le même pays.

Les auteurs américains SCHIFF E¹¹⁰. et coll., LAROS RK JR.¹¹¹ et DYSON DC.¹¹² trouvent respectivement 61,4%, 82%, et 90% d'accouchements par césarienne.

La très forte variation de la fréquence des accouchements par césarienne de 6 à 90% selon les différents auteurs s'explique par la variation des moyens de surveillance prénatale et per partum qui permet de bien évaluer tous les facteurs pronostiques de l'accouchement afin de déterminer la voie idéale. Les accouchements effectués par les sages-femmes sont de 44,6% des cas contre 88% des témoins. Cette différence est statistiquement significative (OR=8,9 ; IC95%=4,8-16,6). Les autres accouchements sont effectués par les internes ou les médecins du service obéissant ainsi au système de référence fonctionnel dans le centre de santé. La relation entre le mode de présentation et le score d'Apgar à la 1^{ère} minute nous montre une différence fortement significative avec 29% de nouveau-nés au score inférieur à 7 chez les cas contre 0,5% chez les témoins (OR=60; IC95%=8,3-433,8). Cette différence statistiquement significative s'explique par le caractère potentiellement dystocique de la présentation du siège, responsable d'une morbidité et mortalité importante qui peuvent être prévenues par une bonne évaluation des facteurs de risque déterminant ainsi la voie d'accouchement. La relation entre la voie d'accouchement et le score d'Apgar à la première minute est très étroite ; nos résultats nous montrent une différence statistiquement significative, avec 26% des nouveau-nés au score inférieur à 7 pour la voie haute contre 8% pour la voie basse (OR=3,9 ; IC95%=1,4-10,4). Le score d'Apgar à la naissance et surtout celui de la première minute étant un moyen d'évaluation de la morbidité fœtale, la voie d'accouchement influençant beaucoup ce score est un facteur pronostique très important dans l'accouchement du siège. Nos résultats sont meilleurs à ceux de MEKTIB TA⁹⁴ en Ethiopie qui trouvait 57% de nouveau-nés au score inférieur à 7 à la première minute pour la voie basse. LENNOX CE.¹⁰⁴ en Angleterre trouvait un résultat à la

première meilleur par césarienne que par voie basse avec une différence statistiquement significative ($P < 0,05$). Nos résultats sont meilleurs à ceux de LEIBERMAN JR.¹⁰⁹ en Israël qui trouve un mauvais score d'Apgar à la première et cinquièmes minutes chez les nouveaux accouchés par voie basse avec une valeur statistiquement significative.

F-Evolution de l'accouchement

Une bonne surveillance des paramètres maternels et fœtaux sur un partogramme permet d'apprécier l'évolution favorable ou non du travail d'accouchement afin de déterminer la thérapeutique appropriée à tout trouble constaté. Au cours de notre étude nous avons rencontré des complications chez les cas et les témoins qui sont respectivement de 42,7% contre 6,3% avec une différence statistiquement significative ($OR=11,1$; $IC95\%=5,3--23,5$). Les complications rencontrées chez les cas sont : la souffrance fœtale, les dystocies dynamiques, les dystocies mécaniques, la procidence du cordon, la rupture utérine, la mort fœtale per partum qui sont respectivement de 40,9% ; 31,8% ; 11,4% ; 9,1% ; 4,5% et 2,3%. Les résultats de notre étude nous montrent une plus grande fréquence des complications chez les cas comme classiquement décrits par beaucoup d'auteurs, cela contrairement aux témoins. Ainsi l'accouchement par césarienne a été effectué au cours de la dystocie dynamique dans 39,1%; dystocie mécanique 80%; procidence du cordon 50%; rupture utérine 100%; souffrance fœtale 59,1%. Le seul cas de mort fœtale per partum enregistré devrait accoucher par césarienne pour souffrance fœtale diagnostiquée au cours du travail, mais le refus catégorique de la parturiente sous l'influence de sa famille a abouti à la mort fœtale in utero. Cet accouchement de mort né se compliqua d'une rétention placentaire de vingt quatre heures dont la délivrance artificielle fut très laborieuse. Il faut signaler un cas de mort néonatale survenue dans les quarante huit heures qui ont suivi l'accouchement, le nouveau-né est d'une mère primigeste chez qui une épisiotomie et une manœuvre de Mauriceau ont été pratiqués avait un score d'Apgar égal à 6 à la première minute et 8 à la cinquième minute, portait un cordon en circulaire

simple au cou et pèse 2650grammes. La procidence du cordon très fréquente au cours des accouchements par le siège a été rencontrée dans 3,9% nos cas, et représente 9,1% des complications survenue au cours de l'accouchement. Notre fréquence est plus élevée que celles retrouvées par DEMBELE A.⁵ au Mali, GHASSAN H.³ en Côte d'Ivoire, RACHDI R.⁹³ en Tunisie et ROSENAU L.⁸ en France qui sont respectivement 3,1% ; 2,4% ; 1,5% et 1%. Selon ROSENAU L.⁸ la procidence du cordon est de 5 à 20 fois plus fréquente en présentation du siège qu'en céphalique. La valeur pronostique de la procidence du cordon est déterminante, car bien que n'ayant pas entraîné de mort fœtale au cours de notre étude, 100% des cas avaient un score d'Apgar à la première minute inférieur à 7 (P=0,009) ce qui est statistiquement significatif. DEMBELE A.⁵ au Mali et RACHDI R.⁹³ retrouvaient respectivement 50% et 25% de mort fœtale périnatale pour les cas de procidences. La voie d'accouchement pour les cas de procidence était la césarienne selon GHASSAN H.³ et DEMBELE A.⁵ dans 33,3% et 25% des cas rencontrés. Les deux cas de rupture utérine rencontrés, à fort potentiel pronostic maternel vital ont tous accouché par césarienne, le diagnostic a été fait en per opératoire et cela pour d'autres indications. Le score d'Apgar à la première minute est dans 50% des cas inférieur à 7 et supérieur ou égal à 7. Notre résultat est plus élevé que celui retrouvé par DEMBELE A.⁵ qui était de 0,5% des cas de rupture utérine, et la césarienne a été la voie d'accouchement comme dans notre étude. Les scores d'Apgar à la première minute des dystocies dynamiques, dystocies mécaniques, souffrances fœtales sont respectivement 13,1% ; 20% et 36,4%. La souffrance fœtale reste donc un facteur de morbidité fœtale et néonatale très important. DEMBELE A.⁵ au Mali trouvait 3,1% de césarienne pour souffrance fœtale, reste un résultat largement en de ça du nôtre qui est de 59,1% et l'usage du partogramme au cours de notre étude y est certainement l'élément indiscutable qui a permis le diagnostic des cas de souffrances fœtales et donc du choix de la césarienne comme voie d'accouchement.

Thérapeutiques

Au cours de notre étude les thérapies utilisées pour améliorer le pronostic fœtal au cours de l'accouchement sont : l'amniotomie (rupture artificielle des membranes amniotiques), l'épisiotomie à la phase expulsive, la méthode de Vermelin ou l'abstention à toute manœuvre, les manœuvres de Bracht et de Mauriceau, la césarienne, ou l'association d'au moins deux de ces différentes thérapies. Pour nos cas l'association d'au moins deux de ces thérapies a été le moyen le plus utilisé avec 30,9%, suivi de la césarienne 26,8% ; la rupture artificielle des membranes 13,4% ; la manœuvre de Mauriceau 12,4% ; le Bracht 10,3% ; l'épisiotomie 5,2% ; et la méthode de Vermelin 1,1%. Chez les témoins les deux moyens utilisés sont la rupture artificielle des membranes et l'épisiotomie avec 74,5% et 7,1% tandis que leur association est utilisée dans 18,4% des thérapies. La différence entre nos cas et témoins est statistiquement significative ($P < 0,05$). Notre résultat comparé à celui de DEMBELE A.⁵ qui trouvait le Mauriceau dans 42,6% des cas contre 1,7% de Bracht montre que la dystocie au cours de la phase d'expulsion était plus fréquente au cours de leur étude motivant le grand recours au Mauriceau. La valeur pronostique des différentes thérapies est très importante et l'appréciation du pronostic faite à partir du score d'Apgar à la première minute nous montre une détérioration du score plus importante en fonction de la lourdeur de la manœuvre. Ainsi les scores d'Apgar à la première minute inférieurs à 7 pour la césarienne, la manœuvre de Mauriceau, l'association d'au moins deux thérapies, la manœuvre de Bracht, l'épisiotomie, la rupture artificielle des membranes sont respectivement 30,8% ; 25% ; 21,3% ; 10% ; 5,9% et 2,9%. Cette association est statistiquement significative ($P = 0,00007$). Nos résultats confirment ceux de GHASSAN H.³ en Côte d'Ivoire qui trouve 83,1% de cas de score d'Apgar inférieur à 7 en cas de manœuvres obstétricales contre 45,1% en l'absence de manœuvres obstétricales pour les accouchements par voie basse avec une différence statistique significative ($P < 0,001$); donc les manœuvres obstétricales grèvent considérablement le pronostic fœtal.

Aucune tentative de version par manœuvre externe n'a lieu pendant notre étude comme pendant celle de DEMBELE A.⁵ au Mali en 1988.

Contrairement à notre pays, aux Etats-Unis STINE LE.¹¹³ et DYSON DC¹¹². retrouvent 75% de versions par manœuvres externes et 12-17% de versions spontanées avec 7% de reversions en présentation du siège.

Durées de l'effort expulsif et du travail d'accouchement

Les durées du travail et de l'effort expulsif sont des facteurs pronostiques très importants pour le fœtus et souvent pour la mère. Au cours de notre étude nous avons retrouvé 9,7% des cas qui ont eu une durée d'effort expulsif supérieur contre 4,4% des témoins. La différence n'est pas statistiquement significative entre nos deux populations (OR=2,4; IC95%= 0,9-6,6). La morbidité néonatale est fortement influencée par la durée de l'effort expulsif car cette phase représente la période la plus dangereuse pour le fœtus à cause de l'anoxie due aux fortes contractions utérines. Ainsi 26,3% des parturientes qui ont eu une durée de l'effort expulsif supérieur à 30 minutes ont des nouveau-nés au score d'Apgar à la première minute inférieur à 7, contre 9% des parturientes qui ont eu une durée inférieure ou égale à 30 minutes. Cette différence est statistiquement significative (OR=3,6 ; IC95%=1,1 -12*).

Quant à la durée du travail elle ne montre pas de différence statistiquement significative. Mais la valeur moyenne des durées nous montre une différence statistiquement significative entre nos deux groupes. Son influence sur le score d'Apgar à la première minute n'est pas statistiquement significative (OR=1,5; IC95%=0,6-3,7). Les valeurs moyennes des temps de l'effort expulsif et du travail montrent une différence statistiquement significative avec respectivement (P=0,002 et 0,0005).

G -Examen du nouveau né

Sexe

Nos résultats ne présentent pas de différence ni clinique ni statistique entre les sexes des nouveau-nés de nos cas et témoins. DEMBELE A.⁵ au Mali trouve une forte prédominance du sexe féminin avec 57,1% contre 42,9% de masculin chez les

cas. Le sexe n'a pas d'influence sur la morbidité dans nos résultats car 8,4% des nouveau-nés de sexe masculin ont un score d'Apgar inférieur à 7 contre 11,6% des sexes féminin sans différence statistique significative (OR=0,7 ; IC95%=0,3-1,6). FARSI IF.¹¹ au Sénégal trouvait 47,4% de sexe masculin contre 52,6% de féminin qui est sans influence sur le pronostic.

Réanimation

Au cours de notre étude la réanimation des nouveau-nés a été faite chez 28% des cas tandis qu'aucun nouveau-né des témoins n'a été réanimé. Cette forte différence statistique entre nos cas et témoins ($P < 0,05$) pose la question de la valeur pronostique des deux modes de présentation (siège et sommet) au cours de l'accouchement.

Nos résultats sont moins bons que ceux d'ALBRECHTSEN S. en Norvège qui trouve 8,8% de cas de siège admis en soins intensifs (réanimés) pour les nouveau-nés accouchés par voie basse, contre 5% des cas de céphalique. Par contre ils sont meilleurs que ceux de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait 56,9% de cas de réanimation de nouveau-nés des présentations du siège. La réanimation du nouveau-né permet une amélioration du score d'Apgar, et nos résultats nous montrent une association entre la réanimation et le score d'Apgar très significative (OR=476,7 ; IC95%= 91,4-3033,4*). Le temps moyen de réanimation des nouveau-nés aux scores inférieur à 7 est de 8,1 minutes (3-20 minutes).

Scores d'Apgar

Le score d'Apgar à la première minute est inférieur à 7 chez 29% des cas contre 0,5% des témoins. Cette différence statistique très significative (OR=84,2 ; IC95%=11,8-1719,1*) pose encore la question de la valeur pronostique des modes de présentation chez nos deux groupes d'étude. Le principal facteur responsable de la dépression néonatale, donc du mauvais score d'Apgar est la souffrance fœtale. Notre résultat est moins bon que celui de ROSENAU L.⁸ en France qui trouvait 19% des cas de sièges au score d'Apgar inférieur à 7 ; mais est meilleur que celui de MEKTIB TA.⁹⁴ en Ethiopie qui 57% de nouveau-nés au score inférieur à 7 à la première minute.

Le score d'Apgar à cinq minutes montre une nette différence ($P=0,00005$), entre les deux modes avec 7,8% des cas alors qu'aucun témoins n'a un score inférieur à 7. Notre résultat est encore moins bon que celui de ROSENAU L.⁸ en France qui trouvait 2,5% des cas de score inférieur à 7 à la cinquième minute. Quant aux scores moyens d'Apgar une différence statistiquement significative est observée entre cas et témoins ($P < 0,05$). La différence entre nos résultats et ceux des autres auteurs africains ou européens s'explique par la qualité des moyens d'évaluation des facteurs pronostiques de l'accouchement mais surtout par la spécificité des cadres d'étude.

Caractères anthropométriques du nouveau-né

Poids

Le poids du fœtus est un facteur pronostique très important. La macrosomie c'est à dire un poids supérieur ou égal à 4000 grammes qui est un facteur de risque de rétention de la tête dernière n'est pas très fréquent dans notre population d'étude car représente 1,6%, avec 2,9% chez les cas et 1% des témoins. La différence statistique n'est pas très significative ($OR=3,1$; $IC95\%=0,4-26,6^*$). Si la césarienne est indiquée pour une estimation du poids de plus de 4200 grammes selon MYERS SA.¹¹⁴, 4000 grammes selon DENIS A.¹¹⁵ ou 3800 grammes selon Dellenbach P.²⁸ Goldenberg RL.⁵⁰, nos résultats nous présentent une fréquence de la césarienne dans 60% des cas de nouveau-nés de poids supérieur ou égal 4000 grammes contre 9,2% pour ceux de poids inférieur à 4000 grammes. La différence statistique entre les deux groupes est très significative ($OR=14,8$; $IC95\%=1,9-133,2^*$). Donc la voie d'accouchement est très fortement déterminée par le poids du fœtus. Les poids moyens de nos cas et témoins sont respectivement 2500 grammes (2990-4100 g) et 3038 grammes (2500-4200 g). Notre résultat est inférieur à ceux de DEMBELE A.⁵ au Mali qui trouvait un poids moyen de 3070 grammes pour les accouchements par voie basse, et 3215 grammes pour les cas de césarienne. ROSENAU L.⁸ en France trouvait un poids moyen de 3131 grammes (1360-4616 g). La morbidité évaluée par le score d'Apgar à la première minute inférieur à 7 n'existe pas pour les

nouveau-nés de poids supérieur ou égal à 4000 grammes, par contre elle est de 10,2% chez les nouveau-nés de poids inférieur à 4000 grammes; la différence statistique est significative.

Périmètre crânien

Le périmètre crânien est un facteur de bon pronostic foetal s'il est inférieur à 37 cm Bistoletti P.¹¹⁶ Les résultats de notre étude nous montrent qu'aucun nouveau-né de nos cas de siège n'a un périmètre crânien supérieur à 36 cm, par contre 2,4% de ceux des témoins ont un périmètre crânien supérieur à 36 cm. Le périmètre crânien de nos cas est dans 89,3% de 33-36 cm et dans 10,7% est inférieur à 32 cm. Nos témoins quant à eux ont un périmètre crânien de 33-36 cm dans 84,9%, inférieur ou égal à 32 cm dans 12,6% et supérieur à 36 cm dans 2,4%. Cette différence statistique entre cas et témoins n'est pas significative. Le périmètre moyen de nos cas est de 34,1 cm contre 34,9 cm pour les témoins, sans différence statistique significative entre les deux groupes. Notre résultat est comparable à celui de FARSI IF.¹⁰ au Sénégal qui trouvait 33,3 cm pour les cas contre 34,1 cm chez les témoins. La confrontation des dimensions céphalique du fœtus et pelvienne maternelle permet une appréciation prénatale de la voie d'accouchement idéale pour un bon pronostic foetal. Les résultats de notre étude nous montrent la pratique de la césarienne dans 20% des cas de périmètre crânien supérieur ou égal à 35 cm contre 5,3% des cas de périmètre crânien inférieur à 35 cm, avec une différence statistique très significative (OR=4,5; IC95%=1,9-10,6). Donc la césarienne reste toujours conseillée pour les cas de confrontation des dimensions faisant douter de la perméabilité réelle du bassin maternel.

Taille

La taille du nouveau-né de notre population ne présente pas de différence entre cas et témoins, car 78,6% des cas contre 82,1% des témoins ont une taille de 49-51 cm. La taille moyenne des nouveau-nés est de 49,9 cm (47-52 cm) pour les cas et 49,9 cm (45- 55 cm) pour les témoins, sans différence statistique significative entre les deux groupes. Pour une taille supérieure à 51 cm les cas représentent 10,7% contre

5,8% des témoins, sans différence statistique significative entre les deux groupes (OR=1,9 ;IC95%=0,7-4,9). La relation entre taille score d'Apgar à la première minute 13,1% des nouveau-nés de taille supérieure à 51 cm ont un score inférieur à 7 contre 9,8% chez ceux de taille inférieure ou égale à 51 cm. La différence statistique n'est pas significative entre les deux groupes (OR=1,4 ;IC95%=0,3-5,4). La grande taille n'est donc pas un facteur de grande morbidité néonatale très importante.

Caractéristiques funiculaires

Longueur

L'appréciation de la longueur du cordon nous permet de constater que 20% des cas présentent un cordon anormal, c'est à dire inférieur à 50cm ou supérieur à 70cm contre 13% des témoins. La longueur normale est celle comprise entre 50 à 70 cm, il n'y a pas de différence statistique significative entre cas et témoins (OR=1,8 ; IC95%=0,9-3,5). La relation longueur du cordon et score d'Apgar à la 1^{ère} minute de naissance nous permet de remarquer que les cordons anormalement longs ou courts exposent plus au mauvais score c'est à dire inférieur à 7 avec 21% pour les anormaux contre 8% pour les normaux avec une différence statistiquement significative (OR=3,1 ;IC95%=1,2-7,6). La longueur moyenne du cordon est 55,8 cm chez les cas (23-95cm) , contre 54,7cm chez les témoins (45-82cm) sans différence statistique significative (P=0,15). Nos résultats sont comparables à ceux de FARSI IF.¹¹ au Sénégal qui trouvait une longueur moyenne de 52,1cm. Les cordons dits brefs, c'est à dire inférieurs à 30cm rencontrés dans 1% des grossesses à terme sont surtout observés chez nos cas alors que les cordons excessivement longs c'est à dire supérieur à 80cm, 6-7% selon DESHAYES M.¹¹⁷ sont rencontrés chez nos témoins. La brièveté primitive ou secondaire du cordon comme la longueur excessive exposent à des plusieurs complications imprévisibles dont l'étiologie n'est évidente qu'après l'accouchement. Ces complications sont des facteurs pronostiques très importants pour le fœtus. La longueur très réduite de façon primitive expose à des présentations dites imposées comme le siège.

Insertion funiculaire au placenta

L'insertion funiculaire au placenta étant un facteur pronostic, l'appréciation de ses différentes formes permet d'expliquer de façon rétrospective les événements observés au cours de l'accouchement. Nos résultats nous montrent que l'insertion marginale ou latérale est surtout observée chez les cas 27% contre 10% des témoins, avec une différence statistiquement significative (OR=3,4 ; IC95%=1,8-6,9). L'insertion funiculaire marginale ou latérale expose aux bretelles (OR=6,2 ; IC95%=1,8-20,9) et circulaires du cordon au cou (OR=8,3 ; IC95%=2,9-23,6) avec une signification statistique très importante. Le score d'Apgar à la première minute est influencé par l'insertion funiculaire au placenta, 21% pour les insertions marginales ou latérales contre 8% pour les insertions centrales ont un score inférieur à 7. Cette différence est statistiquement significative (OR=3 ; IC95%=1,2-7,4).

Circulaires au cou et bretelles

La constatation de bretelles sur le fœtus est de 8% chez les cas contre 3% chez les témoins, la différence statistique est non significative. L'influence des bretelles sur le score d'Apgar à la première minute est important avec 21,4% des porteurs de cordon en bretelles contre 9,5% des non porteurs qui ont un score inférieur à 7, bien que la différence statistique ne soit pas significative (OR=2,6 ; IC95%=0,53-11). Quant aux circulaires, ils constituent des facteurs pronostiques très défavorables pour le fœtus car responsables d'une grande fréquence de souffrances fœtales aiguës et de mort in utero. La fréquence des circulaires du cordon au cou est de 14% chez les cas contre 3% chez les témoins, avec une différence statistiquement significative (OR=5,2 ; IC95%=1,8-16,1). Nos résultats sont comparables à ceux de DURAND A.¹¹⁸ qui trouve 15 à 30% de cas de circulaires au cours de son étude.

Conclusion

La fréquence des accouchements du siège mono fœtal est effectivement élevée dans notre service soit 1,42%. Elle s'explique par la fréquence élevée des références et évacuations pour une prise en charge obstétricale adéquate qui se fait selon les règles de l'art. Notre service est donc un centre national de référence en obstétrique car 45% des cas admis résident hors de la commune V et 8% hors du district de Bamako contre 23% des témoins. Cette affluence est due surtout au mode de fonctionnement interne basé sur la référence objective et la prise en charge immédiate de qualité. La perfection étant divine, l'amélioration même légère de nos conditions techniques permettra de mieux assurer notre rôle. La quasi absence de prise en charge obstétricale en amont et cela à cause de la non maîtrise des notions souvent élémentaires qui sont bien mises à jour sur l'outil incontournable de tout accouchement aux destinées doublement heureuses qu'est le partogramme fait de notre centre une structure de récupération des victimes d'un système très coupable mais de responsabilité indéterminable. Cette fréquence élevée d'accouchement par le siège a vu une pratique de la césarienne pour diverses indications dans 30% des cas de siège pour une amélioration du pronostic fœtal cela grâce à la maîtrise de l'évaluation des facteurs pronostiques sur le partogramme. Le mode de présentation qui est un facteur pronostique très important nous montre à suffisance avec les résultats respectifs de 36,5%, 22%, et 0,5% de nouveau-nés au score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 pour les sièges complets, les sièges décomplétés et les témoins d'où la nécessité d'une surveillance préventive des complications. Malgré le suivi per partum régulier des complications souvent imprévisibles sont rencontrées dans 42,7% des cas contre 6,3% des témoins confirmant ainsi le caractère potentiellement dystocique de l'accouchement du siège. Ces complications très diverses comme la procidence du cordon et la souffrance fœtale au cours desquelles 100% et 36,4% des nouveau-nés ont un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 mettent en jeu le pronostic vital fœtal et à très court terme maternel. Elles doivent être prévenues si non diagnostiquées très tôt

grâce à un bon usage du partogramme pour une référence ou évacuation vers un centre spécialisé pour une meilleure prise en charge obstétricale. Les manœuvres obstétricales très diverses sont de valeurs pronostiques très variables en fonction du réalisateur et la morbidité néonatale très souvent associée est très fortement dépendante. L'examen du nouveau-né et de ses annexes a une valeur diagnostique rétrospective de certains événements du per partum. Ainsi, la césarienne est pratiquée dans 20% des cas où le périmètre crânien est supérieur ou égal à 35cm contre 5,3% des cas où le périmètre est inférieur à 35cm. Quant au poids du nouveau-né 60% des césariennes sont pratiquées pour le poids supérieur ou égal à 4000grammes contre 9,2% pour le poids inférieur à 4000grammes.

Bien que le pronostic fœtal de l'accouchement du siège dans notre service soit bon, 29% de cas au score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 contre 0,5% des témoins, mais a tout de même besoin d'une amélioration, l'accouchement du siège restera encore et pour longtemps un sujet fortement discuté tant que la liaison des facteurs obstétricaux et techniques reste permanente et déterminante pour tout accouchement.

Problèmes rencontrés

Comme toute œuvre humaine notre travail est loin d'être parfait, car il s'est déroulé non sans problèmes, qui relèvent de plusieurs niveaux et dont la résolution améliorera les travaux futurs. Ces problèmes sont :

1. Le non-usage ou la mauvaise utilisation du partogramme au cours de la surveillance de l'accouchement dans certaines maternités des CSCOM avec pour conséquences une évacuation ou référence tardive des cas de présentations du siège vers notre service. Ces femmes sont admises dans des conditions désastreuses mettant à nu le déficit de formation, grevant ainsi sévèrement le pronostic fœtal et souvent maternel.
2. La mauvaise fréquentation des consultations prénatales par les femmes enceintes et la qualité de celles-ci quand elles sont souvent faites, avec pour conséquences l'identification tardive des facteurs de risques fœtaux ou maternels.
3. La mauvaise organisation des structures sanitaires du district de Bamako, entraînant une grande affluence vers notre service, cela malgré la référence déjà élevée des CSCOM de notre commune aboutissant à un débordement de nos capacités d'accueil grevant ainsi sur la qualité de nos prestations.
4. L'objectif idéal de notre étude était de pouvoir suivre à court ou long terme tous nos cas de nouveau-nés par présentation du siège afin d'évaluer leur avenir psychomoteur ce qui n'a pu être fait pour diverses raisons.

Recommandations

Au terme de notre étude, compte tenu de la valeur pronostique de toute décision administrative ou médicale à prendre dans un souci d'amélioration du pronostic fœtal nos recommandations sont formulées pour le court terme . Elles s'adressent respectivement :

Aux prestataires

- La remise en cause permanente des connaissances pour une amélioration de la qualité des prestations doit être le souci permanent pour un progrès qualitatif.
- L'utilisation rationnelle du partogramme pour tout accouchement et en tout lieu, permettant ainsi une référence ou évacuation des cas potentiellement dystociques.

Aux populations

- Le suivi régulier des consultations prénatales par toutes les femmes enceintes pour une identification des facteurs pronostiques de l'accouchement.
- Sensibiliser toutes les femmes sur les risques de l'accouchement en dehors des maternités.

Aux autorités

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue dans la prise en charge des urgences obstétricales.
- Assurer une couverture sanitaire de qualité satisfaisante en personnel, structures et moyens techniques.
- Assurer un contrôle rigoureux et permanent des prestations tout en sanctionnant ou récompensant les méritants.
- Reconnaître le rôle du centre de santé de référence de la commune 5 dans la formation continue de qualité du personnel du santé, et sa place dans l'encadrement des étudiants des écoles socio sanitaires pour une politique de santé d'avenir.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

¹ MERGER.R

Précis d'obstétrique: Présentation du siège P 185-195.

² BARRAT.J , BOSSART.H , LEWIN.D , RENAUD.R

Traité d'obstétrique: Grossesse pathologique et l'accouchement dystocique.

³ GHASSAN.H

Contribution à la détermination de l'incidence des facteurs de risques dans l'accouchement en présentation du siège issu des grossesses unifoetales.Thèse Médecine,1980 Université Nationale , Faculté de Médecine.Cote d'Ivoire.

⁴ DURLIN E.HICKOK , DIANE C.GORDON , JOHN A MILBERG , MICHELLE A.WILLIAMS , JANET R.DALING

The frequency of breech presentation by gestational age at birth:a large population based study. American Journal of obstet & Gynecol. 1992;166:851-2.

⁵ DEMBELE.A

Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège dans les maternités du district de BAMAKO.(192cas). Thèse Médecine 1988, MALI.

⁶ COLETTE.C , SCHAAL J.P

Les accidents au cours de l'accouchement présumé normal.

In: Mise à jour en Gynécologie et obstétrique, PP 375-397.Paris ,Vigot 1988.

⁷ DUBOIS.J , GRALL Y.J

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège.

Revue Française de Gynécologie et Obstétrique 1990-85.5.336-341.

⁸ ROSENAU.L , GROSIEUX.P , DENIS.A , LAHLOU.N , FOURNIS.H , LEBOUVIER.B , SERRA.V , LEPOITTEVIN L.

Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège, à propos de 357grossesses monofoetales à terme.Rev. fr. Gynecol. Obstet.,1990, 85, 5, 271-281.

⁹ LEWIS E.MELH

Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation.

Journal of the American Medical Association , Arch. FAM. Med. 1994. 3 : 881-887.

¹⁰ FARSI ILHAM FARID.

Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. Etude prospective dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Dakar. Thèse Médecine Dakar 1993.

¹¹ GRALL J.Y., DUBOIS J. , MOQUET P-Y., POULAIN P., BLANCHOT J. et LAURENT M.C..

Présentation du siège.-Editions Techniques –Encycl. Méd.Chir (Paris-France).Obstétrique.5-049-L40.1994, 14p.

¹² BARBARINO-MONNIER P, BOUTROY J L.

La présentation du siège.Obstétrique Ellipses ou Edicef. Paris.1995.

¹³ BRENNER WE, BRULE RD, HEINDRICKS CH.

The characteristics and perils of breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1974;118:700-713.

¹⁴ BRAUN FH, JONES KL SMITH DW.

Breech presentation as an indicator of foetal abnormality. J Pediatr 1975;86:419-422.

¹⁵ DELLAC MN.

La présentation du siège et ses repercussions sur les enfants.[Thèse Medecine].Lyon Nord 1980; no 192.

¹⁶ LUTERKORT M, PERSSON PH, WELDNER BM.

Maternal and fetal factors in breech presentation.Obstet Gynecol 1984;64:55-59

¹⁷ NELSON KB, ELLENBERG JH.

Antecedents of cerebral palsy. N Engl J Med 1986; 315: 81- 86.

¹⁸ ALBERTSSON-WIKLAND K, NIKLASSON A, KARLBERG P.

Birth data for patients who later develop growth hormone deficiency: preliminary analysis of a national register. Acta Paediatr Scand Suppl 1990; 370 (suppl):115-120.

¹⁹ GACS G.

Perinatal factors in the aetiology of hypopituitarism. Helv Paediat Acta 1987; 42 :137-144.

²⁰ MAHON R.

De la déflexion primitive de la tête dans la présentation du siège. Rev Fr Gynécol Obstét 1953; 48: 70-79.

²¹ TOULOUSE R.

Deux cas de déflexion de la tête au cours de la présentation du siège. Gynécol Obstét 1947;46 :347-349.

²² ABROMS J F, BRESMAN M J, ZUCKERMAN J E,FISCHER E G, STRAND R.

Cervical cord injuries secondary to hyperextension of the head in breech presentation Obstet Gynecol 1973; 41 :369-378.

²³ WESTGREN M, GRUNSELL H, INGEMARSSON I, MUHLOW A, SVENNINGSEN NW.

Hyperextension of the fetal head in breech presentation. Br J Obstet Gynaecol 1981;88:101-104.

²⁴ LACOMME M.

Pratique obstétricale.Masson. Paris.1960.

25 GRANJON A, HENRION R.

La présentation du siège. Encycl Méd Chir (Paris-France).Obstétrique.5026 A20. 1967;10p.

26 LIPS U, FRACKE C, PRADER A.

Testicular volume and function in adolescence after breech delivery.
Helv Pediatr Acta 1979; 34: 437-442.

27 SAUVAGE P, MESSER J, LEISSNER P et coll.

Lésions majeures des testicules observées chez les enfants nés par le siège.
Rev Fr Gynécol Obstét 1973 ; 68 :579-584.

28 DELLENBACH P, NISAND I, JACQUMIN D.

Présentation du siège. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique.Vigot.Paris.1979.

29 TETERIS NJ ,BOTSCHNER AW, ULLERY JC, ESSIG GF.

Fetal heart rate during breech delivery. Am J Obstet Gynecol 1970 ; 107 :762-766.

30 WHEELER T , GREENE K.

Fetal heart rate monitoring du ring breech labor. Br J Obstet Gynecol 1975; 82:208-214.

31 KOUAM L, MILLER EC.

Les méthodes therapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic foetal.
Rev Fr Gynécol Obstét 1981; 76 : 1-7.

32 BRAYE M, COLETTE C.

A propos de la procidence du cordon dans la présentation du siège.
Rev Fr Gynécol Obstét 1957; 52 :371-375.

33 CREZE J.

Le pronostic foetal de la procidence du cordon dans la présentation du siège.
Gynécol Obstét 1956 ; 55 :333-335.

34 DUBOIS J.

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

35 DUBOIS J, FRAISSE E.

Le siège aujourd'hui. Con Méd 1982 ; 104 : 7219-7226.

36 SHERER DM, MENASHE M, PALT Z, AVIAD I, RON M.

Radiological evidence of a nuchal arm in the breech-presenting fetus at the onset of labor :an indication for abdominal delivery. Am J Perinat 1989 ; 6: 353-355.

37 LEWIN D.

Communication personnelle.

38 MOLDIN P, HOKERGARD KH, NIELSEN TF.

Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. Acta obstet Gynecol Scand 1984; 63 7-11.

39 THOULON JM.

Les opérations césariennes. Encycl Méd Chir (Paris, France).Obstétrique.5012 A10.1979;16p

40 MAGNIN P, NICOLLET B, MAGNIN G.

La mortalité maternelle. Encycl Méd Chir (Paris-France).Obstétrique.5082 D10, 1981; 8p.

41 TATUM RK, ORR JW, SOONG SJ, HUDDLESTON JF.

Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000grams. A retrospective analysis of seven years experience. Am J Obstet Gynecol 1985; 152 :145-155.

42 BOTTOMS SF, ROSEN MG, SOKOL RJ.

The increase in the cesarean birth rate. N Engl J Med 1980; 302:559-565

43 BREART G.

Evolution de la fréquence des césariennes.

15^e Journées nationales de médecine périnatale. Arnette. Paris. 1985;pp41-48

44 CONFINO E, GLEICHER N, ELRAD H, ISMAJOVICH B, DAVID MP.

The breech dilemma. A review. Obstet Gynecol Surv 1985; 40;330-337

45 FIANU S.

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

46 RALLIS ZA.

Birth trauma to muscles in babies born by breech.Arch Dis Child 1975; 50: 4-13

47 TANK ES, DAVIS R, HOLT JF, MORLEY GW.

Mechanism of trauma during breech delivery. Obstet Gynecol 1971; 38: 761-767.

48 WIGGLESWORTH JS, HUSEMEYER RP.

Intracranial birth trauma in vaginal breech delivery: the continued importance of injury to the occipital bone. Br J Obstet Gynaecol 1977; 84: 684-691.

49 KUBLI F, RUTTGERS H.

Malprésentations in : Les grossesses à haut risque Masson Paris 1980.

50 GOLDENBERG RL, NELSON KG.

The premature breech. Am J Obstet Gynecol 1977;127:240-245

51 KARP L, DONEY J, McCARTHY T, MEIS PJ, HALL M.

The premature breech.Trial of labor or cesarean section. Obstet Gynecol 1979; 53: 88-93

52 LEFEVRE J, CARDI S, DENIS A, GROSIEUX P.

Accouchement du fœtus de petit poids en présentation du siège.
Soc Nat Gynécol Obstét Fr Ouest 1980.

53 THOMSON AJ, SEARLE M, RUSSEL G.

Quality of survival after severe birth asphyxia. Arch Dis Child 1977; 52 :620-626

54 BESSAGUET D.

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

55 DANON D, GERAUDEL A, COLLIN D, LAZAR P, BERLAND HA, DREYFUS J.

Comparaison statistique de la mortalité et de la morbidité fœtales devant deux attitudes thérapeutiques lors d'une présentation du siège. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1981;10:623

56 BUCK GM, MICHALEK AM, KRAMER AA, BATT RE.

Labor and delivery events and risk of sudden infant death syndrome(SIDS).
Am J Epidemiol 1991; 133:900-906

57 BILODEAU R, MARIER R.

Breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol 1978 ;130:555-557

58 BOWES WA, TAYLOR EJ, O'BRIEN M, BOWES C.

Breech delivery: evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 965-974

59 LEWIS BV, SENEVIRATNE HR.

Vaginal breech delivery or cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979;134: 615-619

60 MADELENAT P.

La présentation du siège. Le problème de la déflexion primitive de la tête fœtale. Nouv Presse Med 1974; 3 : 131-133

61 MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique (4è éd).Masson. Paris 1974

62 KAUPILLA O.

The perinatal mortality in breech deliveries and observation of affecting factors. A retrospective study of 2227 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 1975; (suppl 39): 9-79

63 GILIBERTI SG.

Etude de l'évolution spontanée du travail dans une série appariée de 207 siège et de 207 sommets.[Thèse Médecine].Montpellier.1979

64 DOUX GIMET C.

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

65 BARRIER J.

La présentation du siège. Rev Prat 1975; 25: 179-188

66 BARRIER J, BOSSART H, LEWIN D.

La présentation du siège. Traité d'Obstétrique (2è vol).Vokaer R. Masson. Paris.1985

67 BERGER CH.

Etude et réflexions sur la version par manœuvres externes. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1991; 20 :1123-1130.

68 BRADLEY WATSON PJ.

The decreasing value of external cephalic version in modern obstetric practice.
Am J Obstet Gynecol 1975 ; 123 : 237-240.

69 CHABERT P, COOL H, MATTEI B, CALLEC M.

Doit-on encore faire des versions par manœuvres externes dans la présentation du siège?
Rev Fr Gynecol Obstet 1978 ; 73:633-640.

70 KASULE J, CHIMBIRA TH, BROWN I.

Controlled trial of external cephalic version.Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:14-18

71 SAVONA-VENTURA C.

The role of external cephalic version in modern obstetrics. Obstet Gynecol Surv 1986; 41 : 393-399

72 HOFMEYR GJ.

Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and cesarean section : a controlled study. Br J Obstet Gynaecol 1983; 90: 392-399

73 Le QUANG G.

L'accouchement en présentation du siège [Thèse Médecine]. Paris.1982; n°255

74 MELCHIOR J, BERNARD N, RAOUST I.

Evolution des indications de la césarienne. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Vigot. Paris. 1988; pp319-337

75 MAGNIN G.

Les versions obstétricales.Encycl Méd Chir (Paris , France), Obstétrique 5098 A10.1984 ; 6p

76 FLAMM BL, FRIED MW, LONKY NM, GILES WS.

External cephalic version after previous cesarean section.Am J ObstetGynecol 1991;165 :370-372

77 FLANAGAN TA, MULCHAHEY KM, KORENBROT CC, GREEN JR, LAROS RK.

Management of term breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1987; 156 : 1492-1502

78 SALING E, MULLER HOLVE W.

External cephalic version under tocolysis. J Perinatal Med 1975; 3 :115-122

79 LEBRUN F, AMIEL-TISON C, SURAU C.

Sécurité de la naissance à terme et taux de césarienne. Arch Fr Pediatr 1985; 42:391-396

80 ROUVILLOIS JL, VARANGOT J.

Etude statistique de l'accouchement par le siège. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1976; 5 : 825-830

81 AZAR T.

Incidence néonatale de l'extension des indications de la césarienne dans l'accouchement par le siège. Lyon Sud 1980; 842

82 GOLDBERG JD, COHEN WR, FRIEDMAN EA.

Cesarean section indications and the risk of respiratory distress syndrome. Obstet Gynecol 1981; 57 : 30-33

83 GRENET J.

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

84 HELUIN G , HAJERI H, PAPERNIK E.

Accouchement par le siège. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1978; 7 : 975-980

85 MILNER RD.

Neonatal mortality of breech deliveries with and without forceps to the aftercoming head. Br J Obstet Gynaecol 1975; 82 : 783-785

86 CREAZY , RESNIK.

Maternal and fetal medicine. Saunders. Philadelphia. 1984

87 MENDEZ BAUER C.

Management of breech presentation during pregnancy and labor. 5^e Eur Congr Perinat Med 1976

88 O'LEARY JA.

Vaginal delivery of the term breech. Obstet Gynecol 1979; 53: 341-344

89 OPHIR E, OETTINGER M, YAGODA A, MARKOVITS Y, ROJANSKY N, SHAPIRO H.

Breech presentation after cesarean section : always a section ? Am J Obstet Gynecol 1989; 161 : 25-28.

90 PAUL RH, PHELAN JP, YEH S.

Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 297-304.

91 LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G.

Obstétrique pour le praticien. 2^e Edition. 1990.

92 ILESANMI OA, SOBOWALE OA, MARINHO OA.

Outcome of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital Oluyoro, Ibadan African Journal of Medicine and Medical Sciences 25(1):41-6 1996. Mars.

93 RACHDI R., FEKIH MA., MOUELHI C., MESSAOUD L., BRAHIM.

Le pronostic fœtal de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543 observations. Rev. fr. Gynécol. Obstét., 1993, 88, 4, 249-252.

⁹⁴ MEKTIB TA.

Breech delivery and foetal outcome: a review of 291 cases. Ethiopian Medical Journal.33(3) :175-82 ,1995 jul.

⁹⁵ ERKAYA S., TUNCER RA., KUTLAR I., ONAT N., ERCAKMAK S.

Outcome of 1040 consecutive breech deliveries Clinical experience of maternity hospital in Turkey. International Journal of Gynaecology and Obstetric 59(2):115-8,1997 Nov.

⁹⁶ SCHEER K., NUBAR J.

Variation of fetal presentation with gestational age. Am J Obstet Gynecol 1976; 125: 269.

⁹⁷ HILL LM.

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

⁹⁸ MINISTRE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES.

Enquête démographique et de santé. 1995-1996.

⁹⁹ DANIEL Y., FAIT G., LESSING JB., JAFFA A., DAVID MP., KUPFERMINK MJ.

Outcome of 496 term singleton breech deliveries in a tertiarycenter. Am J of Perinatology.15(2):97-101,1998 Feb.

¹⁰⁰ DUMONT M., NELKEN S., CONDAMIN P.

Etude de 309 accouchements en présentation du siège:évaluation du risque foetal. Rev. fr. Gynécol. Obstét.,1984, 63,233-236.

¹⁰¹ SEEDS JW., CEFALO RC.

Malprésentations. Clin.Obstet.Gynecol.,1982, 25,145-156.

¹⁰² TATUM RK., ORR JW., SOONG S., HUDDLESTON JF.

Vaginal breech delivery of selected infant weighing more than 2000 grams. Am. J. Obstet. Gynecol.,1985,152, 145-155.

¹⁰³ OBWEGESER R., ULM M., SIMON M., PLOECKING B., GRUBER W.

Breech infants: vaginal or cesarean delivery? Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 75(10): 912-6,1996 Nov.

¹⁰⁴ LENNOX CE., KWAST BE., FARLEY TM.

Breech labor on the WHO partograph. Inter.Journal of Gynecol. and Obstet.1998; 62(2):117-127.

¹⁰⁵ KOO MR., DEKKER GA.,VAN GEIJN HP.

Perinatal outcome of singleton term breech deliveries. European J of Obstet , Gynecol and Reproductive Biology 78(1):19-24,1998 May.

¹⁰⁶ IRION O., HISSBRUNNER ALMAGBALY P.,MORABIA A.

Planned vaginal delivery versus elective cesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. British Journal of Obstetrics and Gynecology 105(7) :710-7 1998 Jul.

107 FEIGE A., KRAUSE M., LENZ A.

Deciding criteria for vaginal delivery from breech presentation: effect on neonatal early and late morbidity. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie*. 201 Suppl 1:35-42, 1997.

108 St SAUNDERS NJ.

Controversies: the mature breech should be delivered by elective cesarean section [review] [20 refs]. *Journal of Perinatal Medicine*. 24 (6) : 545-51, 1996.

109 LEIBERMAN JR., FRASER D., MAZOR M., CHAIM W., KARPLUS M., KATZ M., GLEZERMAN M.

Breech presentation and cesarean section in term nulliparous women.

European Journal of Obstet Gynecol and Reproductive Biology 61(2):111-5 , 1995 Aug.

110 SCHIFF E., FRIEDMAN SA., MASHIACH S., HART O., BARKAI G. SIBAI BM.

Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries : seven year experience at a single center. *Am J of Obstet and Gynecol* DA:1996; vol 175; n°1; PP 18-23.

111 LAROS RK JR., FLANAGAN TA., KILPATRICK SJ.

Management of term breech presentation: a protocol of external cephalique version and selective trial of labor. *Am J of Obstet and Gynecology*. 172(6):1916-23; discussion 1923-5 1995 Jun.

112 DYSON DC., FERGUSON JE II., HENSLEIGH P.

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

113 STINE LE., PHELAN JP., WALLACE R., EGLINTON GS., VAN DORSTEN JP., SCHIFRIN BS.

Update on external cephalic version performed at term. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 642-6.

114 MYERS SA., GLEICHER N.

Breech delivery: why dilemma. *Am. J. Obstet. Gynecol*; 1987, 156, 6-10.

115 DENIS A.

Accouchement en présentation du siège: critères de pronostic foetal.

In: communication au 31è congrès de la Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de la langue Française. Tours, 1986.

116 BISTOLETTI P., NISEL H., PALME C., LAGERCRACKTG H.

Term breech delivery: early and late complications. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand* 1981, 60, 165-171.

117 DESHAYES M., MAGNIN G., De MEUS JB.

Anomalies du cordon ombilical. Editions Techniques. *Encycl Méd Chir Obstét* 1991 , 5073 A10- 10.

118 DURAND A., DESCHAMPS PH., VIEYRES P., MENIGNAULT E., GREGOIRE JM., POURCELOT D., FIEHRER G., LANSAC J., BODY G., POURCELOT L.

Mesure in utero de la longueur du cordon ombilical au cours de la grossesse à terme.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Réprod. 1996, 25, 78-86.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

ACCOUCHEMENT DU SIEGE : PRONOSTIC FŒTAL.

I- IDENTIFICATION :

Q1 : Nom : _____

Q2 : Prénom : _____

Q3 : Age : _____ / (en année)

Q4 : Profession : _____

(1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève, 4=étudiant, 5=commerçante, 6=autres)

Q5 : Ethnie : _____

(1=bamanan, 2=sarakolé, 3=peulh, 4=malinké, 5=sonraï, 6=dogon, 7=sénoufo,
8=bobo, 9=autres).

Q6 : Résidence : _____

(Commune 1 à 6, 7=autres)

Q7 : Statut matrimonial : _____

(1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve)

Q8 : Niveau d'étude : _____

(1=non scolarisée, 2=primaire, 3=secondaire, 4=supérieur)

Q9 : Profession du conjoint: _____

(1=fonctionnaire, 2=paysan, 3=commerçant, 4=ouvrier, 5=autres)

Q10 : Niveau d'étude du conjoint : _____

(1=non scolarisé, 2=primaire, 3=secondaire, 4=supérieur)

Q11 : Résidence du conjoint : _____

(commune 1 à 6, 7=autres)

II- ANTECEDENTS

Q12 : *Familiaux* :

- Siège : /___/ (O/N)
- Malformation utérine : /___/ (O/N)
- Autres : /___/ (O/N)

Si oui : _____

Q13 : *Personnels* :

- Chirurgicaux :
 - Myomectomie : /___/ (O/N)
 - Césarienne : /___/ (O/N)
 - Plastie utérine : /___/ (O/N)

- Gynécologiques : /___/
- (1=fibrome utérin, 2=hypotrophie utérine, 3=malformation)

- Obstétricaux :
 - Gestité : /_____/
 - Parité: /_____/
 - Avortement : /_____/
 - Vivants : /_____/
 - Décès: /_____/
 - Siège : /_____/
 - Gémellité : /_____/
 - Autres : /_____/

Q14 : Consultation prénatale : /___/ (O/N)

Si oui nombre : /_____/

Q15 : Consultant : /___/

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage femme, 4=matrone)

Q16 : Diamètre bipariétal à terme : /_____/ (mm)

III- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

A- Examen à l'entrée :

- Q17 : Examineur : / ___ /
(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=interne, 4=sage femme)
- Q18 : Taille de la parturiente : / _____ / (cm)
- Q19 : Poids de la parturiente : / _____ / (kgp)
- Q20 : TA : / ___ / ___ / / / ___ / ___ / (mmHg)
- Q21 : Hauteur utérin : / ___ / (cm)
- Q22 : Bruit du cœur fœtal : / _____ / (battement/mn)
- Q23 : Hauteur de la présentation : / ___ / (1=engagée, 2=non engagée)
- Q24 : Mode de présentation : / ___ / (1=complet, 2=decompleté)
- Q25 : Orientation de la présentation : / ___ /
(1=SIGA, 2=SIDP, 3=SIGP, 4=SIDA, 5=OIGA, 6=OIDP, 7=OIGP, 8=OIDA)
- Q26 : Dilatation du col : / ___ / (cm)
- Q27 : Membranes : / ___ / (1=intactes, 2=rompues)
Si rompues : / ___ /
(1=prématurément, 2=précocement, 3=tempestivement).
- Q28 : Liquide amniotique / ___ /
(1=clair, 2=teinté, 3=méconial)
- Q29 : Facteur de risque associée : / ___ /
(1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur praevia, 4= , 5=autres)
A préciser : _____
- Q30 : Terme de la grossesse : / ___ / (1=à terme, 2=non à terme)
- Q31 : Pathologies associées : / ___ /
(1=HTA, 2=diabète, 3=drépanocytose, 4=asthme, 5=insuffisance cardiaque,
6=insuffisance rénale, 7=autres)
Préciser : _____

B- Accouchement :

- Q32 : Accoucheur : / ___ /
 (1= médecin obstétricien, 2=généraliste, 3=interne, 4=sage femme)
- Q33 : Début du travail : / _____ / (H mn)
- Q34 : Fin dilatation : / _____ / (H mn)
- Q35 : Durée effort expulsif : / _____ /
- Q36 : Fin du travail : / _____ / (H mn)
- Q37 : Durée totale du travail : / _____ / (mn)
- Q38 : Membranes : / ___ / (1=intactes. 2=rompues)
- Q39 : Si membranes rompues : / ___ /
 (1=prématurément, 2=précocement, 3=tempestivement).
- Q40 : Liquide amniotique : / ___ /
 (1=clair, 2=teinté avec BDCF altérés, 3=méconial)

Q41 : Thérapeutiques utilisées :

.....

.....

- Q42 : Complications du travail : / ___ /
 (1=dystocie dynamique, 2= dystocie mécanique, 3=hémorragie, 4=rupture utérine,
 5=procidence du cordon, 6=autres)
 à préciser : _____

Q43 : Délivrance : / ___ / (1=spontanée, 2=artificielle)

Q44 : Hémorragie du délivrance : / ___ / (O/N)

Q45 : P. évision utérine : / ___ / (O/N)

IV- EXAMEN DU NOUVEAU-NE ET SES ANNEXES

A- Nouveau-né à la naissance :

Q46 : Sexe : /___/ (1=masculin, 2=féminin)

Q47 : Réanimé : /___/ (O/N)

Q48 : Si oui nombre de minute : /_____/

Q49 : Indice Apgar : /_____/

Q50 : Poids : /_____/ (g)

Q51 : Taille : /_____/ (cm)

Q52 : Périmètre crânien : /_____/ (cm)

Q53 : Périmètre thoracique : /_____/ (cm)

Q54 : Malformations : /___/

(1= hydrocéphalie, 2= anencéphalie, 3= spina Bifida, 4= omphalocèle , 5=autres)

préciser : _____

Q55 : Traumatisme : /___/

(1=fractures, 2=paralysie, 3=luxations, 4= blessures)

B- Placenta et membranes

Q56 : Poids : /_____/ (g)

Q57 : Insertion : /___/ (1=haute, 2=basse)

Q58 : Membranes : /___/ (1= complètes, 2=incomplètes)

C- Cordon ombilical :

Q59 : Longueur : /_____/ (cm)

Q60 : Insertion : /___/ (1= centrale, 2= marginale)

Q61 : Bretelle : /___/ (O/N)

Q62 : Circulaire : /___/ (O/N)

Si oui : /___/ (1= unique, 2=multiple)

Q63 : Autres anomalies : /___/ (O/N)

Si oui préciser : _____

V- SUIVI DU NOUVEAU-NE : POST-PARTUM

A- Premier examen :

Q64 : Etat général : / ___ / (1=bon, 2=mauvais)

Q65 : Fréquence cardiaque : / ___ / (battement/minute)

Q66 : Fréquence respiratoire : / ___ / (mouvement/mn)

Q67 : Abdomen : / ___ / (1=normal, 2=anormal)

Q68 : Traumatisme : / ___ / (O/N)

Q69 : Examen neurologique :

- Tonus musculaire passif : / ___ / (1= normal, 2= anormal)

Anomalies : _____

- Tonus musculaire actif : / ___ / (1= normal, 2= anormal)

Anomalies : _____

- Réflexes primaires : / ___ / (1=normaux, 2=anormaux)

Anomalies : _____

- Eveil et comportement : / ___ / (1=normaux, 2=anormaux)

Anomalies : _____

Fiche signalétique

Nom : DICKO

Prénom : Brahima

Date et lieu de naissance : 05 Décembre 1970 à Boni/Douentza/Mopti.

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2001

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie.

Secteur d'intérêt: Obstétrique

Résumé: L'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic fœtal de l'accouchement du siège. Notre étude a lieu sur une période de 15 mois (du 1^{er} avril 1998 au 30 juin 1999) au centre de santé de référence de la commune V . Il s'agit d'une étude prospective transversale cas- témoins visant à évaluer le pronostic fœtal de l'accouchement sur présentation du siège. Nous avons enregistré 103 cas de présentations du siège remplissant tous nos critères d'inclusion, auxquels nous avons apparié 206 cas de présentations du sommet comme témoins. La fréquence dans notre service est de 1,42% sur les 7212 accouchements. Les facteurs pronostiques identifiés sont : le très jeune âge, la résidence, la parité, le suivi prénatal, la qualité des bruits du cœur du fœtus et le niveau d'engagement de la présentation à l'admission, le mode de présentation, les complications du travail, la voie d'accouchement, la durée de l'effort expulsif, les manœuvres obstétricales effectuées, les problèmes funiculaires rencontrés. Les complications du travail sont des éléments majeurs dans l'évaluation du pronostic fœtal. La fréquentation du centre est de 45% pour les cas contre 23% des témoins qui résident hors de la commune V. Les nouveau-nés ont un score d'Apgar à 1 minute inférieur à 7 chez 29% des cas contre 0,5% des témoins tandis qu'à 5 minutes 7,8% des cas ont un score inférieur à 7 et 100% des témoins un score supérieur ou égal à 7 . La césarienne pour toute ses indications sur présentation du siège est effectuée dans 30% des cas. Quant aux témoins tous les accouchements étaient par voie basse. L'examen du nouveau-né montre que pour le poids supérieur ou égal à 4000 grammes et le périmètre crânien supérieur ou égal à 35 cm la césarienne est pratiquée comme voie d'accouchement. Les anomalies funiculaires constituent des éléments pronostiques déterminants.

Mots clés: Accouchement, siège, pronostic, Apgar, complications, cas, témoins, référence, commune V, Bamako.

Descriptive card

Name: DICKO

Forename: Brahima

Date and place of naissance: 05 December 1970 to Boni/Douentza/Mopti.

Nationality: Malian

Year of soutenance: 2001

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine of Pharmacy and Odonto-stomatologie.

Sector of interest: Obstetrics

Summarized: The objective of our work is to value the fetal prognostication of the childbirth of the seat. Our survey takes place on a period of 15 months (of April 1st, 1998 to June 30, 1999) to the center of health of reference of the common 5. It is about a survey prospective transverse case - witnesses aiming to value the fetal prognostication of the childbirth on presentation of the seat. We have enregisté 103 cases of presentations of the seat filling all our criterias of inclusion, to which we matched 206 cases of presentations of the top as witnesses. The frequency in our service is 1,42% on the 7212 childbirths. Factors forecast identified are: the very young age, the residence, the parity, the follow-up prenatal, the quality of noises of the heart of the fetus and the level of engagement of the presentation to the admission, the fashion of presentation, complications of work, the way of childbirth, the length of effort expulsif, the done maneuvers obsteticaleses, the met problems funiculars,. Complications of work are some major elements in the assessment of the fetal prognostication. The company of the center is 45% for cases against 23% of witnesses that reside out of the V. township newborns have a score of Apgar to lower 1 minute to 7 at 29% of cases against 0,5% of witnesses while to 5 minutes 7,8% cases have a lower score to 7 and 100% of witnesses a superior or equal score to 7. The Caesarean for all his/her/its indications on presentation of the seat is done in 30% of cases. As for witnesses all childbirths were by way bass. The exam of the newborn shows that for the superior or equal weight to 4000 grams and the superior or equal cranial perimeter to 35 cm the Caesarean is exercised like way of childbirth. anomalies funiculars constitute elements forecast determinants.

Key words: Childbirth, seat, prognostication, Apgar, complications, case, witnesses, reference, 5 township, Bamako.

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 dans 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 de 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 leur père.

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.

