

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

**RÉpublique du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008



N°...../

ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE AU CSREF CVI PRONOSTIC FOETAL ET MATERNEL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 25/07/2008

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Par

Monsieur Mountaga TOURE

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

Jury

PRESIDENT :

MEMBRES :

CODIRECTEUR

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Sy Assitan SOW

Docteur Moustapha Touré

Docteur Boubacar TRAORE

Professeur Salif Diakité

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH

Le tout puissant, le très miséricordieux

Toi qui nous assiste depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie

Toi qui par ta grâce m'a permis de réaliser ce travail

Merci pour le vécu et pour le futur

A mon père feu Mamadou Seydou Touré

A mon père et oncle feu Abdoul Touré

Très chers parents aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation qui est la meilleure des héritages

A ma mère Fanta Sidibé

Source de ma vie et pionnière de mon éducation, brave femme, courageuse et généreuse, tu es et tu resteras ma fierté de tout le temps.

Ton souci premier a été ma réussite et tu as consenti tous les sacrifices nécessaires, ce travail est le fruit de tes efforts.

Sache Maman que l'honneur de ce travail te revient

Que ce jour solennel soit pour toi ma très chère mère une occasion de réjouissance, de fierté et le témoignage de toute mon affection

A tous mes amis d'enfance de Kita

A tous mes maîtres du premier et du second cycle

A mes maîtres du Lycée Prosper Kamara de Bamako et du Lycée Dowélé Mariko de Diola pour les sacrifices consentis tout au long de mes études

A ma bien aimée Kadidia Maiga

A mon frère feu Moussa Touré

A mes neveux et nièces

Pour votre amour inestimable à mon égard

Soyez fiers de votre oncle

REMERCIEMENTS

A tous mes frères de Kita, Bamako et d'ailleurs

A mes frères Boubacar Seydou et Aguib Seydou Touré : merci pour vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions.

A Monsieur Broulaye Keita et Traoré Ousmane pour leur soutien affectueux

A mes sœurs : Maïmouna Touré, Oumou Touré, Oumakal Touré, Kadidiatou et Assanatou Touré : merci pour vos conseils, vos soutiens moraux et financiers, vos encouragements et vos bénédictions tout au long de mes études

A mon Oncle **Samba Sidibé** : ce travail est le fruit de tes encouragements

A mes amis

Boubacar Z Cissé et **Yacouba Samaké** de la clinique médicale Dotembugu

A mon ami **Oumar S Bagayoko**, au personnel de la clinique médicale Sahel

A mes aînés du CSREF de la CVI

Dr Coulibaly Abdoulaye, Dr Diassana Mama, Dr Cissé Seybou, Dr Hamidoun Albachar, Dr Jean Paul Djaufack

A mes collègues internes du CSREF de la CVI

Mounthaka Kané, Mariam Diancounba, Seydou Sidibé, Sékou Sala Karambé, Pierre Klaver, Boubacar Diassana, Mamadou Tembely, Babou Traoré, Abdramane K

A mes cadets internes

Au Dr Traoré Aminata

Au Dr Pierre Makan Coulibaly

Au Dr Diallo Mamadou

Au Dr Keïta Mamadou

Au Dr Ballo Mamadou

A Dr Koné Danaya : pour sa gentillesse, sa disponibilité, son dévouement pour la réalisation de ce travail

A tous les médecins, Sages femmes, anesthésistes, instrumentistes, infirmiers, aides soignants, garçons de salle et gardiens du CSREF de la CVI

Aux nouveaux nés et leurs mères de la période d'étude

A notre maître et président du jury

Professeur Sy Assitan Sow

- Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et D'Odontostomatologie de Bamako
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CSREF de la Commune II du District de Bamako

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations

L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles et sociales font de vous un maître accompli

Respectée et respectable, trouvez à travers ce travail cher maître le témoignage de notre profonde reconnaissance

A notre maître et juge

Dr Touré Moustapha

- Gynécologue obstétricien
- Médecin Chef du CSREF de la CIV

Nous sommes touchés par votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur dans le travail

Cher Maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre abord facile et votre modestie font de vous un Maître exemplaire,

Recevez à travers ce travail l'expression de notre profonde gratitude

A notre maître et co-directeur de thèse

Dr Traoré Boubacar

- Gynécologue obstétricien
- Médecin Chef du CSREF de la CVI

Cher maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique

Votre disponibilité, votre modestie votre rigueur, vos soucis constants d nous transmettre vos connaissances sans limite est toujours d'actualité votre sens du travail bien fait font de vous un maître admiré et admirable

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un exemple

Vous êtes pour nous plus qu'un maître, mais un père

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Salif Diakité

- Professeur titulaire en gynécologie obstétrique a la FMPOS
- Gynécologue accoucheur au CHU Gabriel Touré

Honorable maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre abord facile, votre rigueur et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique

Respecté et respectable, trouvez ici cher maître l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS:

- ATCD:** Antécédent.
BCF: Bruit du Cœur Foetal.
CPN: Consultation prénatale.
CSCOM: Centre de Santé Communautaire.
CSRef: Centre de Santé de Référence.
CVI : commune 6
CIV : commune 4
CII : commune 2
CHU : centre hospitalo-universitaire
DPA : Date probable d'accouchement
FIG : figure
GH : Hormone de croissance
HTA: Hypertension Artérielle.
HU: Hauteur Utérine.
Km²: Kilomètre carré.
Khi2 : khi deux
LA: Liquide Amniotique.
OMS: Organisation Mondiale de la santé.
P : prévalence
SA: Semaine d'Aménorrhée.
SFA : Souffrance fœtale aiguë
SIDA: Sacro-iliaque droite antérieure.
SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieure
SIDP : Sacro-iliaque droite postérieure
SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieure
% : pourcent

Sommaire

1. Introduction	pages 1
2. Généralités	4
3. Méthodologie	38
4. Résultats	45
5. Commentaires et Discussions	60
6. Conclusion et Recommandations	68
7. Références	70
8. Annexes	78

INTRODUCTION

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'aire du détroit supérieur. Parmi les présentations irrégulières, la présentation du siège est la plus fréquente. En fait l'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie entre 3 et 4,2% [56].

En Afrique, elle varie de 1,52 à 5,4%, au Mali elle varie de 1,2 à 2,74% [14-36].

La présentation du siège, aussi vieille que l'humanité reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique moderne. L'accouchement par le siège a toujours été et reste un sujet d'intérêt très considérable à cause d'une part de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales, et d'autre part de la morbidité maternelle associée.

L'accouchement du siège théoriquement eutocique du fait que les principaux diamètres du fœtus sont compatibles avec ceux de la filière pelvienne. Cependant, cette eutocie est moins assurée que celle du sommet. En effet, dans la présentation du siège, les différents segments sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus n'est plus favorable créant ainsi une dystocie ayant pour conséquence l'élévation de la fréquence de la morbidité et de la mortalité périnatales.

Cette fréquence de morbidité et de mortalité fœtale est plus importante que dans la présentation du sommet. Les statistiques notent que la morbidité fœtale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales [41]. Contrairement à celle du sommet la conduite à tenir face à la présentation du siège reste toujours l'objet de grandes divergences. La plus part 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, ou elle est de plus en plus considérée comme dystocique.

Ainsi aux Etats Unis la césarienne est systématiquement préconisée lors de l'accouchement en présentation du siège [43]. D'autres pensent que bien surveiller et bien conduire l'accouchement du siège reste eutocique. Ces divergences empêchent donc la définition d'une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège. L'absence d'études faites sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé ce travail dont les objectifs sont les suivants:

OBJECTIFS

Objectif général:

Etudier l'accouchement en présentation du siège à terme au centre de santé de référence de la commune CVI de Bamako

Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des accouchements du siège au centre de santé de Référence de la commune VI;
- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des parturientes avec présentation de siège,
- Déterminer la voie et le mode d'accouchement dans la présentation du siège,
- Déterminer les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement du siège.

GENERALITES

I. DEFINITION

La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de la quelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique occupe le fond utérin [41].

II. MODALITES

On oppose deux modalités principales de présentation du siège.

- Le siège complet (moins 1/3 des cas): les jambes du fœtus sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sont fléchies sur le bassin; les membres inférieurs repliés devant la présentation dont ils font parties et dont ils augmentent les dimensions. On dit que le fœtus est assis en tailleur.

- Le siège décomplété: ou mode des fesses est le plus fréquent (2/3 des cas).

Les jambes du fœtus 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.

A coté de ces deux principales modalités, deux autres modalités plus rares:

Le siège décomplété mode des pieds ou le fœtus est debout dans l'utérus.

Le siège décomplété mode des genoux ou le «footling breech» des auteurs américains ou les membres inférieurs semi fléchis sous le siège constituent une source de complications.



Siège complet

Siège décomplété

Fig1. : Présentation du siège

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 conseil la version.

1550: Ambroise Pare recommande la version podalique.

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

Accouchement en présentation du siège pronostic fœtal et maternel

1743: Jacques MESNARD ET 1748 Smiller 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 par le devoir de l'accoucheur de se garder de céder à l'impatience. L'accoucheur doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire

1937: Bracht préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion

1948: Les auteurs Vermelin et Ribar défendent une abstention plus absolue

A leur suite on se montrera moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête

1959: R C Wright aux Etats-Unis présente la césarienne systématique comme 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 lors de l'expulsion par voie basse.

Il provoqua une influence énorme sur la voie d'accouchement en Allemagne qui connaîtra une hausse considérable du taux de césarienne.

Dans les années 1980-, les défenseurs de la voie basse haussent le ton

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

1983: Gimovsky prône 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 sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas les conditions des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhées au moins.

III. CAUSES

La loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut dans la présentation du siège [56]. En effet lors des six premiers mois de la grossesse, la tête constitue le pôle fœtal le plus important en volume. La cavité utérine devient donc piriforme du fait de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste de l'utérus qui est le fond. Le fœtus animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse: au début du troisième trimestre c'est le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siège qui le devient.

Le fœtus exécute alors le « culbute physiologique » et transforme sa présentation pelvienne en céphalique. Par cette théorie nous comprenons alors la fréquence des sièges au cours des accouchements prématurés. Cette présentation peut persister jusqu'à terme.

Aussi n'a-t-il pas de présentation de siège sans causes, trois ordres de conditions disposent à cette présentation par création d'un trouble de l'accommodation.

*l'hypotonie utérine de certaines multipares

*l'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares

Accouchement en présentation du siège pronostic fœtal et maternel

*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 siège sont: maternelles, ovulaires et fœtales.

A/Causes maternelles:

Elles sont congénitales et acquises

1-Congénitales

L'hypoplasie utérine avec cavité plutôt cylindrique et hypertonique s'oppose à la culbute physiologique favorisant ainsi le siège décomplété mode des fesses s'observant chez la nullipare [18-19]. Les malformations utérines modifient les axes intra-utérins favorisant ainsi les présentations podaliques récidivantes. L'échographie dans le post partum immédiat devrait permettre de les révéler.

2-Acquises:

L'utérus de la multipare fibreux, hypotonique, trop vaste, qui ne peut plus agir sur le mobile fœtal favorise le siège complet. En effet le siège décomplété reste la présentation podalique la plus fréquente chez la multipare. Le relâchement des parois utérines est à l'origine du trouble de l'accommodation. Dans une cavité utérine vaste et complaisante toutes les accommodations sont possibles. Le fœtus se présente par le siège sans autres raisons, comme il pourrait se présenter par la tête.

Aussi conserve-t-il son attitude habituelle le plus souvent, le siège est complet dans plus de la moitié des cas, mais tout compte fait, l'utérus garde au cours de l'accouchement toutes ses qualités physiologiques.

L'hypotrophie utérine de la primipare: certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués. D'autres sont cylindriques et étroits dont 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, les présentations de siège récidivantes. La primipare âgée avec un utérus hypertonique est prédisposée au siège décomplété. Les tumeurs intrinsèques notamment (fibrome du fond) qui déforment la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres utérines. Les tumeurs extrinsèques (kystes de l'ovaire, fibromes pédiculés sous sereux)

Le rétrécissement du détroit supérieur dont l'influence est théoriquement possible quoique peu importante en pratique pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale.

B/Causes ovulaires:

Ces causes 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 d'une insuffisance ou d'un excès pouvant intervenir directement, mais pour lesquels il faut toujours se demander s'ils ne sont pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de Potter, hydramnios de la

trisomie 18). L'hydramnios agit en gênant toute accommodation. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus.

- La brièveté du cordon secondaire à des circulaires ou bretelles ou essentiellement caractéristique propre à la présentation du siège par rapport aux présentations céphaliques [2]. Cette brièveté de la portion libre du cordon peut également empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du septième mois de la grossesse [1-5]
- 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 être rare que par l'hyper extension de la tête dernière et surtout les anomalies et malformations congénitales [9-11]. La fréquence d'apparition de ces anomalies pour l'ensemble des naissances semble être au moins multipliée par deux dans les présentations du siège: 6,3 contre 2,4%[13]

Ces malformations qui sont fréquentes affectent soit la morphologie fœtale (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...) soit l'activité du fœtus (spina bifida, myéloméningocèle, trisomie 13 et 18)

Les hydrocéphales dont la tête est plus volumineuse que le pôle pelvien, se présentent le plus souvent par le siège, se conformant ainsi à la loi d'accommodation de PAJOT, la modalité de la présentation est dans les cas soit le siège complet, soit le siège décompleté [1]. Par son intérêt théorique et pratique cette fréquence de malformations mérite d'être soulignée. Certains auteurs, surtout américains, considérant cette fréquence et celle des morts in-utéro, suggèrent que dans nombre de cas de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité » [40]. Ce qui entraînerait une diminution de l'activité fœtale, causes de l'absence de mutation spontanée, et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations céphaliques, et pourrait expliquer des séquelles mineures décrites chez les enfants nés par le siège, quelque soit le mode d'accouchement [53].

Plusieurs éléments étayent encore cette possible notion de fœtus de « moindre qualité »:

- Poids inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation céphalique;
- Position, mais non la présentation en siège, est un facteur prédictif de lésions neurologiques anténatales sévères/deplégie, quadriplégie, hémiparesie etc.
- Déficit en GH (hormone de croissance) « idiopathiques » significativement associable à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [18 –19];
- Hyper extension de la tête dernière, ne facilite pas la version spontanée ou provoquée, contre indique le plus souvent la voie basse. Initialement considérée comme une particularité ne contre indiquant pas la voie basse, très vite on rapprochait l'observation de certaines lésions médullaires 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 césariennes [20]. Ainsi

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 les enfants nés à la césarienne.

Toute déflexion dépassant la « military attitude » risque d'être dangereuse et avant d'intervenir il faut s'assurer par un double contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail d'accouchement [13]. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée car entre celle-ci et la flexion normale, il existe des intermédiaires [24].

La recherche de ces étiologies est d'une grande importance 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 concevoir que très souvent la présentation du siège résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation [56].

IV. DIAGNOSTIC

En vue d'éviter les malheureuses interventions et réduire ainsi la mortalité et la morbidité fœtale, il est indispensable de diagnostiquer les présentations du siège bien avant l'accouchement. L'échographie vers la 32^{ème} semaine d'aménorrhée de la grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis. Ce diagnostic doit se faire au troisième trimestre avant tout début du travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement.

A. Diagnostic pendant la grossesse

A.1. Signes cliniques:

- L'interrogatoire

Il peut révéler une douleur ou une gêne sous-costale. Chez la multipare la notion d'antécédent de siège est souvent retrouvée [50].

- L'inspection:

Montre un utérus à grand axe longitudinal, parfois chez la primipare, on remarque une forme étroite et cylindrique.

- La palpation:

Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic et doit donc toujours être exécutée avec attention et par des mains expertes. 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 en cas de siège décomplété. Dans le fond utérin, on trouve un pôle dur, irrégulier, arrondi, ballotant 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 correspondant au sillon du cou et qui constitue le signe le plus sûr confirmant le diagnostic. Deux dos peuvent être perçus à la palpation; après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres inférieurs en extension dans le siège décomplété [61].

Certaines situations peuvent rendre le palper difficile :

- Un utérus étendu avec une paroi abdominale épaisse
- Une tête fœtale fixée dans une corne utérine
- Une tête fœtale bien fléchie

- L'auscultation:

Met en évidence un foyer maximal des bruits du cœur fœtal haut situé, dans la région péri ombilicale voire sus-ombilicale bien que cela paraisse sans grande fiabilité [17].

- Le toucher vaginal:

Les renseignements fournis par le toucher vaginal au cours de la grossesse sont assez imprécis et ne peuvent guère que corroborer les données du palper. L'excavation est fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. En cas de siège décomplété ou en voie d'engagement, la confusion avec un sommet est facile, à moins qu'on ait déjà été orienté. Ce qui amène à dire que le diagnostic clinique au cours de la grossesse n'est donc pas évident d'autant plus que tous les signes peuvent être absents.

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 de pouvoir estimer le poids fœtal.

B. Diagnostic pendant le travail

Ce diagnostic repose principalement sur les données du toucher vaginal

B.1. Avant la rupture des membranes

Avec prudence pour ne pas rompre la poche des eaux, qui est un élément important de dilatation cervicale, on peut percevoir dans l'intervalle des contractions.

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

B.2. Après la rupture des membranes

Le diagnostic est plus facile par le TV, précisant le mode et la variété de position. On reconnaît deux masses molles et lisses, les fesses séparées par un sillon longitudinal, le sillon fessier, centré par un orifice: l'anus. L'une des extrémités du sillon est occupée par une saillie pyramidale en chapelet: le sacrum, séparé de la présentation, et dont la situation par rapport au détroit supérieur détermine 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

Accouchement en présentation du siège pronostic fœtal et maternel

un sillon, le pli inter fessier [39]. En cours du travail, la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie.

Au toucher vaginal le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

- 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 [1]. Seule la variété de position initiale et prise comme un repère, suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage; quatre variétés de position sont différenciables :

- 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. MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT

A. Phénomènes mécaniques

Alors que, dans la présentation céphalique, l'accouchement se résume le plus souvent à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège. C'est d'abord celui du siège, celui des épaules et celui de la tête dernière. Ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvi-génitale ont un volume qui va croissant. Chaque accouchement a ses difficultés et comprend pour sa part, engagement, descente et rotation et dégagement. Une particularité est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par le relèvement en attelle des membres inférieurs.

Dans l'accouchement par le siège, le siège est déjà hors des voies génitales, alors que la tête fœtale n'est pas encore engagée. Il y a donc le risque d'incompatibilité de la tête dernière avec le bassin d'où la nécessité d'estimer correctement la compatibilité du bassin avec la tête fœtale sous peine d'une dystocie qui n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites. Le déroulement de cet accouchement dans le concept moderne repose sur trois principes:

Le mobile fœtal doit constituer un « bloc homogène » auquel l'attitude en flexion de la tête, du tronc et l'accouchement des membres, permet de parcourir la filière pelvi-génitale 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 « celui-ci étroitement coiffé 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 solidarité entre ces éléments est le caractère eutocique [27]. L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour en arrière; ses étapes sont indiquées, se commandent les unes et les autres et se font presque simultanément.

A.1. Accouchement du siège

▪ **Engagement**

Il est précédé d'une orientation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et, s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacro tibial. Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. Le siège franchit de façon syncliste le plan du détroit supérieur. L'engagement toujours facile et précoce dans le siège décomplété, est laborieux dans le siège complet.

▪ **Descente et rotation**

Le siège progresse en effectuant une rotation concomitante mais cette rotation n'est jamais que d'un huitième de cercle. Elle amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure la rotation se fait en arrière. Dans le cas 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.

▪ **Dégagement**

Il s'effectue par une sorte d'enroulement autour de la symphyse pubienne. On assiste en première au dégagement de la hanche antérieure qui va se caler sous la symphyse pubienne puis celui de la hanche postérieure en parcourant la concavité sacro coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur, jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire.

Ce mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne amenant le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres inférieurs soient libérés. L'incurvation latérale du tronc du fœtus facilite ce mouvement dans le siège complet. Par contre ce mouvement est plus difficile dans le siège décomplété, voire spectaculaire, car les membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc empêchent l'incurvation latérale.

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



Fig2: Dégagement des hanches

A.2. Accouchement des épaules

▪ **Engagement**

Il est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur.

Soit dans l'oblique opposé, lorsqu'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continue son mouvement de pivotement qui amènera le dos en avant.

▪ **Descente et rotation**

Elles sont simultanées. La rotation amène le bi acromial dans le diamètre transverse du détroit inférieur secondaire au mouvement d'enroulement du pôle pelvien.

▪ **Dégagement**

Le dégagement des épaules se fait en transverse et de façon successive, comme par une sorte d'assynclitisme, les bras tombant l'un après l'autre hors de la vulve, cependant que le dos est orienté en avant.

A.3. Accouchement de la tête dernière

▪ **Engagement**

L'engagement de la tête dernière s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. Il 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 (11 cm) [46]. Cet engagement se fait occiput en avant; en revanche, la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage.

▪ **Descente et rotation**

La tête dernière descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place sous la symphyse pubienne au niveau de l'excavation.

▪ **Dégagement**

Le sous occiput prend point appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement, la face, le front puis le crâne se dégage successivement au niveau de la commissure postérieure de la vulve.

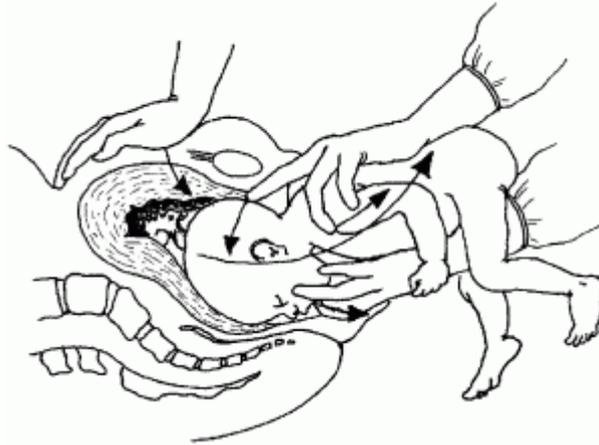


Fig3 : Manœuvre de Mauriceau

B. Phénomènes dynamiques et plastiques

B.1. Phénomènes dynamiques

Ils ne présentent guère de particularité contrairement à certaines opinions classiques. La dilatation cervicale se fait aussi rapidement et de façon régulière que dans les présentations du sommet. Mais la lenteur de la dilatation ne doit pas en règle générale être considéré comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle peut traduire une dystocie dynamique ou mécanique [27]. L'engagement du siège, facile et précoce lorsque le siège est décompleté peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet. On observe très souvent dans les sièges complets un début de travail traînant, jusqu'à ce que la présentation prend contact avec le segment inférieur. La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation.

Le relèvement des bras du fœtus constitue l'anomalie la plus importante lors de l'accouchement des épaules. Et 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.

- la rétention de la tête dans l'excavation variété relativement anodine et facile à traiter;
- la rétention de la tête derrière au détroit supérieur est liée à une disproportion fœto-pelvienne soit par excès de volume de la tête du fœtus, soit par rétrécissement pelvien méconnu. La pratique systématique de la radiopelvimétrie, de la mesure échographique du diamètre bipariétal devrait éviter désormais cette redoutable complication.

B.2. Phénomènes plastiques

Un certain nombre de déformations ou de lésions est observé chez les enfants nés par le siège [8]. Les plus fréquentes sont le résultat 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 fœtal mal accommodé:

- Aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire;
- atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires,

- atrophie du rebord colyloïdien, due à l'hyper flexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété, qui entraîne une dysplasie et favorise la luxation congénitale de la hanche;
- atrophie rétractile musculo-ligamentaire aboutissant au pied-bot, varus et équin.

Des déformations plus rares peuvent survenir au cours de l'accouchement et affectant l'appareil génital du fœtus: hématome des lèvres chez la fille, nécrose du scrotum chez la garçon. Ces lésions s'observent surtout en cas de siège décomplété, de rupture prématuré de membranes, de travail prolongé. Une fréquence inhabituelle et significative d'atrophie testiculaire a été signalée par certains auteurs [27-28]. La bosse serosanguine siège sur les talons (siège complet), les fesses, les organes génitaux. Une infiltration hématique du testicule et du cordon, assez fréquente, pouvait à son tour favoriser une torsion du testicule.

Un examen attentif des bourses de tout garçon né en présentation du siège doit être de règle. La palpation et la translumination permettent d'éliminer une hydrocèle. Une exploration chirurgicale est souvent nécessaire pour faire la distinction entre torsion et simple hémorragie intra testiculaire.

VI. Particularités Physiopathologiques:

De toute évidence la manière dont sont disposés ici le corps du fœtus et ses annexes favorisent des perturbations au niveau de la circulation foeto placentaire. 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 foeto-placentaires réduites sinon interrompues ». Mais les enregistrements du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence deux faits très important [28-30]:

- L'existence de façon constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme cardiaque plat débutant au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivant jusqu'à ce que le nouveau né ait fait sa première inspiration [16-27];
- la possibilité d'anomalie de la dilatation est sans cause apparente. Celles-ci seraient même si fréquentes que l'on compare l'accouchement par le siège à une latérocidence du cordon [30]. 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 anomalies qui peuvent survenir surtout à la phase d'expulsion qui représente une période d'hypoxie par excellence. Ces phénomènes physiologiques n'ont de particularité que chez la primipare.

A l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe s'ajoutent souvent des anomalies de la contracture utérine surtout sous forme d'hypertonie parfois localisée; des anomalies de la dilatation du col; celles ci marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6cm. 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:

Lorsqu'un accouchement est sans risque en général, celui par le siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies. Ces anomalies même banales, revêtent une particularité importante. [17].

A. Rupture prématurée des membranes

Deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans les sièges complets. La rupture prématurée des membranes favorise les procidences du cordon et ou des membres et est souvent le prélude à des anomalies de la dilatation. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque LACOMME en 1956 voyait dans ce cas doubler la mortalité périnatale. [24]

B. Dystocie dynamique

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

C. Procidence du cordon

Elle s'observe beaucoup plus fréquemment surtout dans les sièges complets, chez la multipare, en cas d'accouchement prématuré, mais elle serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques [10]. Mais cette moindre nocivité qui était une notion classique «la compression funiculaire y étant plus rare» est contestée par ces deux remarques. Le siège décompleté mode des fesses est aussi dangereux que la présentation céphalique et même dans le siège complet, la bénignité n'est que relative puisque le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail.

Ici également la procidence du cordon exige une intervention rapide.

D. Anomalies mécaniques pendant l'expulsion

Les anomalies observées sont: retard à l'engagement du siège, descente laborieuse, rotation du dos en arrière avec risque d'accrochage du menton au dessus du pelvis, relèvement d'un ou des deux bras et enfin rétention de la tête derrière. Un bilan préalable éliminant les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper extension de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée, ont réduit de façon considérable l'importance de ces anomalies. Cependant l'accouchement par le siège reste un accouchement qui peut réserver ce genre de surprise, même dans les cas les plus favorables et les mieux conduits.

L'existence possible d'un « bras nuchal » ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications comme l'atteinte des plexus brachiaux, fracture de la clavicule et convulsions néonatales, nécessite, la réalisation d'une étude radiologique du fœtus au début du travail et d'indiquer une césarienne.



Fig.4: Relèvement du pied

VIII. Pronostic

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 n'a 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 puisse restée 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 césarienne, tendance qui va jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe (3-4).

A. Pronostic maternel

A.1. Morbidité

Les déchirures du col et du périnée sont les lésions des parties molles les plus fréquentes avec des graves atteintes vésicales et ano rectale. Ces déchirures périnéales peuvent être prévenues par une épisiotomie large surtout chez la primipare lors d'un accouchement bien surveillé et bien conduit. Des complications infectieuses peuvent apparaître, favorisées par la rupture prématurée des membranes. La principale de ces complications est l'endométrite [26].

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 problème [31]. On enregistre désormais un nombre croissant de statistiques de césariennes sans mort maternelle, ou avec un

faible taux de mortalité. Cette diminution du risque mortel de chaque césarienne se voit contrebalancée par la multiplication des interventions [37]. La césarienne augmente également la morbidité: manifestations thromboembolique, infections, iléus paralytique, péritonites, plaies de la vessie, sans compter les conséquences lointaines: Césariennes itératives, occlusions sur brides.

La morbidité est plus élevée qu'après les accouchements par les voies naturelles [11-43]. 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 [39-40-41]. Le pronostic fœtal est capital dans l'étude de cette présentation, il convient d'étudier:

- **l'anatomie et la physiologie 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 physiologie des accidents

Les principales lésions fœtales enregistrées dans les cas d'accouchement avec mort fœtal sont: les malformations, les lésions intra crâniennes, les atélectasies pulmonaires, et les lésions viscérales dans les grandes extractions. D'autres lésions particulières sont décrites à type d'occlusions des artères vertébrales, la dislocation de la région occipitale avec hémorragie de la fosse postérieure, le «crush syndrome» ou hyperbilirubinémie secondaire à des attritions musculaires [44].

Quant aux causes immédiates, elles sont au nombre de cinq:

- **le taux élevé des malformations congénitales surtout chez les prématurés et les fœtus de petits poids [46-47-48]**
- **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

Trois (3) sortes d'accidents composent cette mortalité:

- **Des morts fœtaux in utero, sans cause évidente, dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet, surtout avant la 36^{ème} SA mais encore jusqu'aux derniers jours de la grossesse [13]. cette fréquence conforte la notion de fœtus de « moindre qualité » dans certains cas de présentations de 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, dans la mesure où la morbidité immédiate diminue, le pronostic à long terme revêt plus d'importance.

B.3.1. Accidents immédiats

Les états de souffrance cérébrale peuvent entraîner une mort néonatale, guérir totalement ou laisser des séquelles (convulsions, retards psychomoteurs, infirmités motrices d'origine cérébrales) [49].

Des lésions nerveuses dont la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial peuvent être observées.

Des lésions musculaires diverses ainsi que certaines fractures surtout de la clavicule sont également décrites. 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

Le comportement du nouveau-né issu d'accouchement par le siège est moins favorable que celui issu d'un accouchement du sommet [8]. La présentation du siège constitue en toute circonstance un facteur de risque, car le comportement immédiat du nouveau-né moins bon peut être amélioré par la césarienne bien indiquée et correctement pratiquée.

B.3.3. Devenir des enfants

La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance retentissant sur le développement antérieur et postnatal et a un risque de mort

subite inexplicée du nourrisson [8]. Le problème essentiel de l'évaluation du devenir des enfants est celui de l'appréciation exacte de la morbidité neurologique de l'accouchement en présentation du siège par les voies naturelles tant les critères sont variables en fonction de l'âge [6-7ans].

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. Mais il existe d'autres éléments d'évaluation du pronostic; ainsi toutes anomalies ou tout état pathologique surajoutés constituent un facteur défavorable, voire une indication de césarienne:

- **Antécédent de stérilité, d'accouchement dystocique;**
- **Utérus cicatriciel, déchirures graves du périnée;**
- **Grossesse pathologique, obstacle prævia;**

C.2. Le fœtus

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

- **Le mode de présentation**

Le siège complet classiquement considéré comme de meilleur pronostic, des études récentes en fait plutôt un facteur défavorable car il retarde l'appui de la présentation sur le col, favorise la rupture prématurée des membranes, ainsi que les procidences du cordon.

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

- **Le poids**

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

- **La clinique: une bonne palpation, une mesure attentive de la hauteur utérine gardant toutes les valeurs;**
- **L'échographie: apporte théoriquement des renseignements plus exacts, surtout quand la mesure de la circonférence abdominale est possible.**
- **L'estimation du poids peut se faire à partir du diagramme de Hans Man ou du procédé décrit par Deller Bach, le fœtus**

macrosome se caractérisant par des diamètres bipariétal et transverse abdominal supérieurs ou égal à 100 mm ou supérieur à 2DS (dérivation standard);

- L'attitude de la tête dernière

Elle représente un facteur de risque de toute première importance. Elle sera appréciée à chaque fois par l'échographie ou la radiographie du contenu utérin.

En raison du risque de lésions médullaires, toute déflexion dépassant la « military attitude » impose la césarienne. Il en est de même pour le « bras nuchal », source de complication dystociques sévères. L'analyse de ces facteurs au cours du bilan indispensable effectué avant tout accouchement en présentation du siège permet de spécifier le mode de prise en charge .

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: Elle constitue un facteur très défavorable quand elle se produit de façon prématurée. Considérée comme une indication de césarienne dans les dix heures d'une entrée franche en travail, actuellement on aurait tendance à raccourcir ce délai bien que certains praticiens ne lui accordent aucune importance [41-58]. Dans tous les cas, il est préférable que la poche des eaux reste intacte jusqu'à la dilatation complète. La rupture précoce de la poche des eaux accélère la dilatation comme dans les présentations du sommet [45].

La dilatation:

Elle doit être régulière, rapide 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 12heures chez la primipare, et 3 à 6 heures chez la multipare. Bien que nombre d'auteurs n'attache pas une telle importance à cette durée. Un bon coefficient d'APGAR peut sortir au terme d'un travail long qu'au terme d'une dilatation brillante [64]; 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 . Si des anomalies apparaissent alors que la dilatation progresse normalement, le pronostic n'en devient pas moins réservé, le fœtus devant aborder une phase encore plus critique, l'expulsion [27].

L'expulsion:

Elle demeure la période la plus dangereuse puisque s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit être entreprise dans les meilleures conditions: poche des eaux rompues, dilatation complète, siège franchement engagé. S'il n'est pas engagé en dehors d'une disproportion fœto pelvienne bien étendu 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 [44].

Le dégagement ne s'effectuant pas aussi simplement comme dans la présentation du sommet, il faut savoir attendre, car le siège accomplit en réalité son complément de descente pour caler sa hache antérieure sous la symphyse et déprimer le périnée postérieur [7].

Pendant toute cette période le cardiocytographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu' à quel point on peut la poursuivre [7]. Ce qu'il faut craindre est :

1/le relèvement des bras du fœtus

2/la rotation du fœtus en arrière

3/la rétention de la tête dernière.

C.4.Manoeuvres Obstétricales

Elles doivent être considérées du point de vue pronostic car toutes présentent à côté de leurs avantages des risques qu'il faut se rappeler chaque fois que le problème de choix se pose [34].

La version par manœuvre externe (VME)

Toujours contesté dans son principe [6-20] on lui reproche:

- d'être souvent impossible, surtout chez la primigeste, en raison de la tonicité utérine et de la fréquence des sièges décomplétés;

- d'être inutile quand elle est facile 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 placentaire ou accident funiculaire.

.d'être facteur d'une augmentation du nombre d'accouchement prématurés, des circulaires ou rupture du cordon et des ruptures utérines [64].

Ses partisans répondent que:

- **Le pronostic de tout accouchement par le siège demeurant incertain, toute version reçue est un gain et certains auteurs ont montré que ce procédé pouvait réduire d'un tiers l'incidence [64].**
- **L'amélioration actuelle contestée du pronostic fœtale s'accompagne d'une multiplication des césariennes avec un taux élevé. La V M E apparaît comme le seul moyen de réduire à la fois les risques foeto de la voie basse et les risques maternels de la césarienne [4].**

Elle a cependant des contre-indications:

- **Bassin chirurgical, obstacle prævia;**
- **Malformation utérine connue (utérus bicorne ou clasonné)**
- **Déflexion primitive de la tête;**
- **Rythme cardiaque fœtale anormal;**
- **L'insertion antérieure du placenta;**
- **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 [20]. La date de sa réalisation reste discutée [4].**
- **Certains obtiennent de meilleurs résultats en intervenant précocement de la 28 à la 32^e semaines d'aménorrhée (SA) chez la nullipare, de la 30 à la 34 chez la multipare, période où le rapport entre le volume du fœtus et celui du liquide amniotique semble favorable [5].**
- **D'autres préfèrent attendre la 36 ou la 37 SA sous utéro-rélexants.**

Manœuvre de dégagement :

Le Vermélin, mode d'accouchement ne nécessitant pratiquement aucune intervention, est presque abandonnée. Les plus utilisées sont : le Bracht, le Mauriceau et le forceps sur tête dernière

La césarienne programmée:

Elle se voit remise en question, ou plutôt son usage qui en était fait depuis les recommandations faites par WRIGHI en 1956.

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 [3-4]. La césarienne ne protège pas le fœtus de la détresse respiratoire, ni des traumatismes surtout lorsque l'opérateur dans un souci d'esthétique fait des incisions très courtes aussi peu favorable que la voie basse, et néglige ou méconnaît la technique d'extraction dont cette voie d'abord ne saurait dispenser. La systématisation de la césarienne risque aussi d'avoir des effets pervers telle la naissance de prématuré ou des enfants déjà compromis en raison des anomalies congénitales.

C.5. L'accoucheur:

Pour mener à bien un accouchement en présentation du siège, l'accoucheur doit éviter les interventions trop fréquentes et précoces. A l'inverse l'expectative ne doit pas être de règle.

IX. Bilan d'orientation:

Différents facteurs envisagés au chapitre des éléments de pronostic doivent être pris en compte par ce bilan:

- **Maternel: âge et parité, taille, bassin, grossesse et antécédents;**
- **Fœtal: mode de présentation, estimation pondérale, attitude de la tête dernière; malformations éventuelles**

Le bilan impose également en pratique trois examens :

- **Echographie, centrée sur l'étude de la biométrie et de la flexion du pôle céphalique;**
- **Radiopelvimétrie numérisée si possible, appréciant forme et dimensions du bassin;**
- **Radiographie du contenu utérin précisant le mode de présentation et la flexion de la tête.**

X. Conduite à 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^{ème} et la 34^{ème} SA qui tend à se généraliser, et offre entre autres avantages

celui de mettre en évidence la présentation du siège. Le diagnostic précoce permet:

- **De mieux surveiller la fin de la grossesse qui peut être considérée comme une grossesse à risque en raison de la fréquence avec laquelle s'observent les malformations, les anomalies congénitales, les souffrances fœtales et les accouchements prématurés;**
- **de tenter si l'on est un partisan, une version par manœuvre externe vers la 36^{ème} semaine qui est de plus en plus abandonnée**
- **d'établir un bilan des facteurs de pronostic maternels et fœtaux afin d'établir, ou tout au moins d'orienter ses décisions;**
- **les éléments de pronostic ou plutôt leur interprétation différente suivant les auteurs que devant le problème de l'accouchement du siège trois attitudes sont observées:**

1. Epreuve 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 psychoprophylactique. Les données de la clinique et du cardiocytographe permettront d'individualiser quatre types de situations qui déterminent la conduite à tenir :

Le RCF est normal, **l'expectative**

Le RCF devient anormal même si la dilation 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: **on peut faire le traitement d'épreuve avec une perfusion d'oxytocine en cas de siège décompleté. Toutes autres anomalies associées entraînent une césarienne.**

2. Voie basse:

Elle reste une alternative sûre pour un accoucheur chevronné

La version par manœuvre pour transformer la présentation du siège en sommet est actuellement abandonnée.

3. Césarienne systématique:

Elle est pratiquée avant tout début du travail avec l'aggravation des risques maternels.

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 confiance » [1]. On envisagera donc l'accouchement avec calme en se gardant d'alarmer la patiente. Il en résulte que la conduite à tenir lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement doit se réduire au minimum, les moyens psycho prophylactiques étant particulièrement utiles. Toutefois on se gardera de rompre trop tôt les membranes, elles le seront à partir de 6 cm de dilatation. Aussi l'eutocie est-elle fréquente chez les multipares et chez bon 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:

- **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 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.**
- **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 excessive.

B.1. L'eutocie:

Les contractions régulières et une souplesse satisfaisante sont les garants d'une progression favorable de la dilatation cervicale. 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 mécaniques.

A dilatation complète, la présentation arrivée sur le périnée commence sa phase expulsive. Celle-ci peut être conduite de différentes façons:

B.1.1. Abstention presque complète. Méthode de Vermelin

La patiente est 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 discutée. 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 seules, puis la tête en flexion. L'enfant est recueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal. Le rôle de l'obstétricien n'a été que celui d'un observateur attentif. 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 amorcé.

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 déflexion [56]



Fig5. Manœuvre de Bracht

B.1.3. L'expulsion assistée

La doctrine d'inaction ne doit pas être exagérée dans ces cas d'eutocie .La marche du travail est facilitée par certaines manœuvres non seulement anodines, mais favorables à la condition que l'opérateur soit suffisamment entraîné. 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. À la présentation du siège se surajoute pendant le travail une complication

B.2.1.a. Placenta prævia

Bien que la présentation du siège soit par 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 vicieuse.

B.2.1.b. Procidence du cordon

Bien que le danger encouru par le fœtus est supposé moindre que dans la présentation du sommet, la césarienne est toujours indiquée chez la primipare ou chez la multipare à dilatation non complète [10].

B.2.1.c. Dystocie se manifeste en cours de travail

Son expression est essentiellement dynamique avec bassin et volume fœtal qui apparaissent normaux et qu'aucune complication n'est surajoutée. 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 6cm. 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. Trois cas de figures sont possibles:

- **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 surviendrait des complications conduisant à des manœuvres dangereuses pour le fœtus. Ailleurs ces dystocies dynamiques irréductibles témoignent souvent d'une dystocie mécanique sous-jacente passée inaperçue.

B.2.1.d. 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); Enfin la dystocie peut souvenir sans cause apparente (rétention de la tête dernière dans l'excavation).

B.2.1.e. Dystocie par relèvement des bras

Fréquente au cours des grandes extractions, elle 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 placée, pouce dans l'aisselle, 2^{ème} et 3^{ème} 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 retro pubien en bas, qui favorise l'abaissement naturel des épaules.**
- **C'est la manœuvre la moins traumatisante et la plus efficace. Le fœtus est saisi pouce sur les lombes, paume sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90°, 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.

B.2.1.f. Dystocie par rétention de la tête dernière

Comporte deux types d'inégale gravité et d'inégale fréquence:

Rétention de la tête dans l'excavation : **moins grave**

Manœuvre de Mauriceau

Sa réussite dépend de la connaissance exacte de son exécution. Introduire l'index et le médius 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 en 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 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 voudrait renoncer au Mauriceau, qui risquerait d'entraîner des lésions fœtales (élongation du flexus brachial, élongation médullo bulbaire)

Application du forceps sur tête dernière

C'est l'intervention 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'épisiotomie. Sans le forceps, de trop puissantes tractions sur le cou du fœtus risqueraient d'entraîner de graves lésions flexiques, médullaires au 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 débutent 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, en fin descente autant qu'il est possible. Le fœtus est saisi par les pieds et relevé devant le pubis, une aide 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**

Rétention de la tête au détroit supérieur

La plus grave des dystocies d'expulsion, elle est très exceptionnelle, due tantôt à une disproportion foeto-pelvienne 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 pelvienne, d'où déflexion de la tête. La situation du fœtus est quasi désespérée, surtout dans la première éventualité. Les opérations proposées manquent de précisions et sont dangereuses pour la mère, et par ailleurs pour le fœtus. Habituellement le fœtus meurt pendant leur exécution; il ne reste plus alors qu'à recouvrir au forceps sur tête dernière. C'est pourquoi le véritable traitement est préventif: estimation des proportions foeto-pelviennes par mesure ultrasonique du diamètre bipariétal 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 siège

Quand le fœtus est mort avant le travail, la solution de l'accouchement spontanée est la meilleure. On a recourt parfois à la grande extraction du siège 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'hydrocéphalie, l'accouchement du siège et du tronc se fait d'autant mieux que le fœtus est de faible poids. 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. Le fœtus sort le plus souvent mort ou mourant du fait du traitement. Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse l'interruption de celle-ci est en général proposée. Il ne reste plus à l'heure actuelle qu'une indication d'embryotomie. La craniotomie avec éventuellement cranioclasie de l'hydrocéphale. Cette intervention se pratique sous anesthésie à dilatation avancée du col. Actuellement on procède à l'évacuation du contenu crânien 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 gamme 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.

METHODOLOGIE

I. Lieu de travail ou cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako. Ce choix nous permet d'évaluer la qualité des prestations des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) de la dite commune ou hors de Bamako 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.

Le centre de Santé de Référence de la commune VI a été créé en 1981 comme maternité, puis érigé en Centre de Santé de Référence en 1999, il est l'un des six (6) centres de santé de référence du District de Bamako. Mais le système de référence/évacuation a réellement débuté en 2004. Il est situé dans la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako (La Commune VI). La commune VI s'étend sur une superficie de 94 km² avec plus de 379 460 habitants en 2007, sa densité est de 4,037 habitants au km². La commune est limitée à l'Est par la portion sud du District de Bamako comprise entre son extrémité sud Est et le lit du fleuve Niger; au sud par la portion sud entre les limites Est et Ouest de la commune V; à l'ouest par la commune V; au Nord par la portion du fleuve Niger. La commune VI est composée de 10 quartiers dont 6 quartiers urbains et 4 quartiers semi urbains. Chacun de ces quartiers a au moins un CSCOM excepté les quartiers de Sokorodji et de Dianéguéla qui ont en commun un CSCOM.

Dans le cadre de la politique de Décentralisation, en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un Centre de santé de référence dans chaque commune du District. Celui de la commune VI est beaucoup sollicité par les bénéficiaires. Cette sollicitation est liée d'une part à son accessibilité car situé au bord de la grande avenue de Bamako (avenue OUA), mais aussi de son ancienneté par rapport aux autres centres de santé de références à Bamako.

1. Organisation du Centre

a. Infrastructures du service

Le service se compose de deux bâtiments:

- **Premier bâtiment (bloc opératoire) composé de:**
 - **deux salles d'opération;**
 - **une salle de réveil;**
 - **une salle de préparation pour chirurgical;**

- **Une salle de consultation pré anesthésique,**
- **une salle de stérilisation des instruments;**
- **deux salles d'hospitalisation et deux salles de garde.**

▪ **Un second bâtiment en étage**

Au réez de chaussée on a:

- **la maternité composée d'une salle de garde pour sage femme, une salle d'observation, une salle d'accouchement et une salle de repos;**
- **une unité de consultation prénatale;**
- **deux salles de consultation pour médecin généraliste;**
- **une salle de consultation pour médecin chirurgien;**
- **une unité ORL;**
- **une unité ophtalmologique;**
- **une unité odontostomatologie;**
- **un laboratoire;**
- **une salle d'injection;**
- **une salle de pansement;**
- **une unité PEV;**

A l'étage on a:

- **un service d'administration comprenant un bureau pour le médecin chef, un secrétariat, une comptabilité et un service d'hygiène;**
- **une salle de consultation gynécologique;**
- **une salle de consultation pédiatrique;**
- **une unité de planning familial (PF);**
- **une salle de réunion (salle de staff)**
- **une salle d'enregistrement des naissances;**
- **des toilettes.**

Ailleurs on a:

- **une maison pour le gardien;**
- **deus salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre;**
- **des toilettes.**

b. Le personnel

Le centre de Santé de référence compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par un médecin chef. Les travailleurs sont: des fonctionnaires de l'Etat; des contractuels, des agents de la municipalité et des agents de l'INPS.

Le personnel se compose de:

- **deux médecins gynécologues;**
- **4 médecins généralistes;**
- **1 médecin chirurgien;**
- **12 infirmiers d'Etat;**
- **3 techniciens de laboratoire;**
- **9 infirmiers de premier cycle;**
- **27 sages femmes;**
- **deux infirmières obstétriciennes;**
- **4 matrones;**
- **2 techniciens spécialisés en soins dentaires;**
- **2 techniciens spécialisés en ophtalmologie;**
- **2 techniciens spécialisés en ORL;**
- **1 technicien spécialisé kinésithérapie;**
- **5 techniciens spécialisés en santé publique dont 2 assistants médicaux**
- **3 infirmiers Anesthésistes.**
- **3 techniciens sanitaires;**
- **2 secrétaires dactylographiques;**
- **2 gestionnaires;**
- **2 comptables;**
- **1 agent administratif;**
- **2 gardiens;**
- **5 chauffeurs;**
- **16 aides soignants;**
- **9 manœuvres gardiens.**

2. Fonctionnement du centre

Le Centre de Santé de référence de la commune VI fonctionne de la manière suivante:

- **la maternité et le bloc fonctionnent 24h/24h;**
- **les consultations gynécologiques sont faites les lundi, les mardi et les mercredi;**
- **les séances d'échographies sont effectuées les vendredi;**
- **les consultations externes médecines tous les jours;**
- **les consultations pédiatriques sont faites tous les jours ouvrables;**
- **le programme opératoire s'exécute les mardi et les jeudi;**
- **les consultations ORL, ophtalmologique, stomatologique, toutes les heures ouvrables.**

Le service de garde se compose de:

- **deux médecins dont un gynécologue ou un chirurgien et un généraliste;**
- **trois étudiants en médecine faisant la fonction d'internes;**
- **une sage femme et son aide;**
- **un infirmier anesthésiste;**
- **un infirmier instrumentiste et deux manœuvres et un chauffeur;**

Les soins des malades hospitalisés sont effectués par le personnel soignant. Le transport des malades et l'entretien du centre sont assurés par les garçons de salles.

L'équipe dispose de deux tables d'accouchement, un bloc avec deux salles d'opératoires fonctionnelles pour huit lits, des kits de césarienne gratuite. Elle dispose également d'un kit d'urgence permettant une prise en rapide de toutes les urgences obstétricales. Le kit de médicaments est crée sur fonds propre du centre et est remboursable par les patientes ou par le centre lui-même 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.

1. Période d'étude

Notre étude a duré douze (12) mois (du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006).

2. Population d'étude

Elle est constituée de toutes les femmes en âge de procréer et résidant en commune VI ou référées d'une autre commune du District ou hors de Bamako et parfois venues d'elle-même ou admises pour prise en charge obstétricale pendant notre période d'étude.

III. 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**

Dans notre période d'étude, nous avons enregistré 105 Cas pour 210 témoins donnant un total général de 315 accouchements pour toute l'étude.

1. Critères de l'échantillonnage

a. Critères d'Inclusion

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

Cas

Sont considérées 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 considérées comme témoins, 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 céphalique (sommet).

b. Critères de non inclusion

Sont exclus de notre étude:

- **tout autre mode de présentation: front; face; transverse;**
- **grossesse multiple (gémellaires, triplets);**
- **prématurés;**
- **hypotrophies fœtales;**
- **mort in utero;**
- **malformations fœtales incompatibles avec la vie.**

2. Collecte des données

Notre collecte des données a lieu à partir de:

- **fiches opérationnelles;**
- **partogrammes;**
- **registres d'accouchement;**
- **fiches d'enquêtes;**
- **interrogatoires des parturientes.**

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur la base des logiciels Epi-info 6.04b, OMS et Microsoft Word. La présentation des résultats est faite sur Microsoft Power Point. Les tests statistiques utilisés sont l'Odds ratio et le Khi2

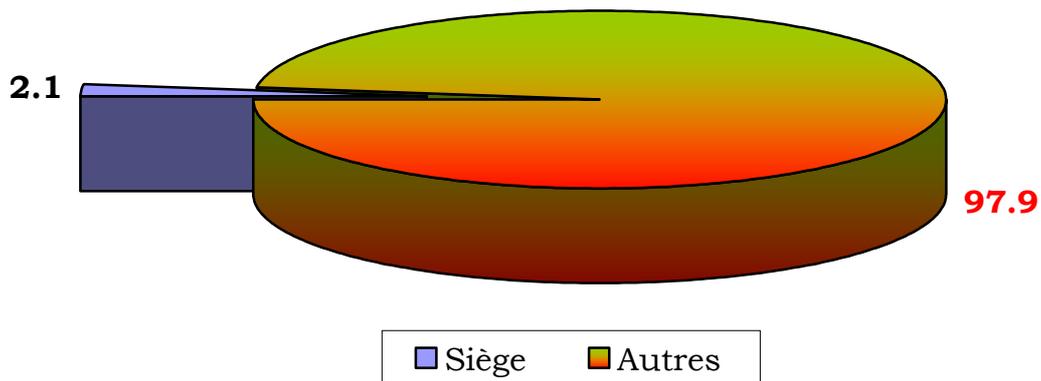
RESULTATS

1. Fréquence :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006, au cours de cette période nous avons enregistré 105 accouchements du siège pour 5061 accouchements, soit une fréquence de 2,1%

TABLEAU I: fréquence des accouchements par le siège

Type d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Siège	105	2,1
Autres	4056	97,9
Total	5061	100



Durant notre période d'étude nous avons enregistré 5061 accouchements dont 105 accouchements par siège soit une fréquence de 2,10 %

Fig.1 : Fréquence

II. Caractéristiques Sociodémographiques :

TABLEAU II: Répartition des parturientes selon l'âge

Age (en année)	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
14-19	14	13,3	39	18,6
20-25	36	34,3	75	35,7
26-31	24	22,9	55	26,2
32-37	25	23,8	32	15,2
>38	6	5,7	9	4,3
Total	105	100	205	100

P=0,07

Moyenne: 26,6±6,49 Médian: 26,00 Extrêmes : 15-40 ans

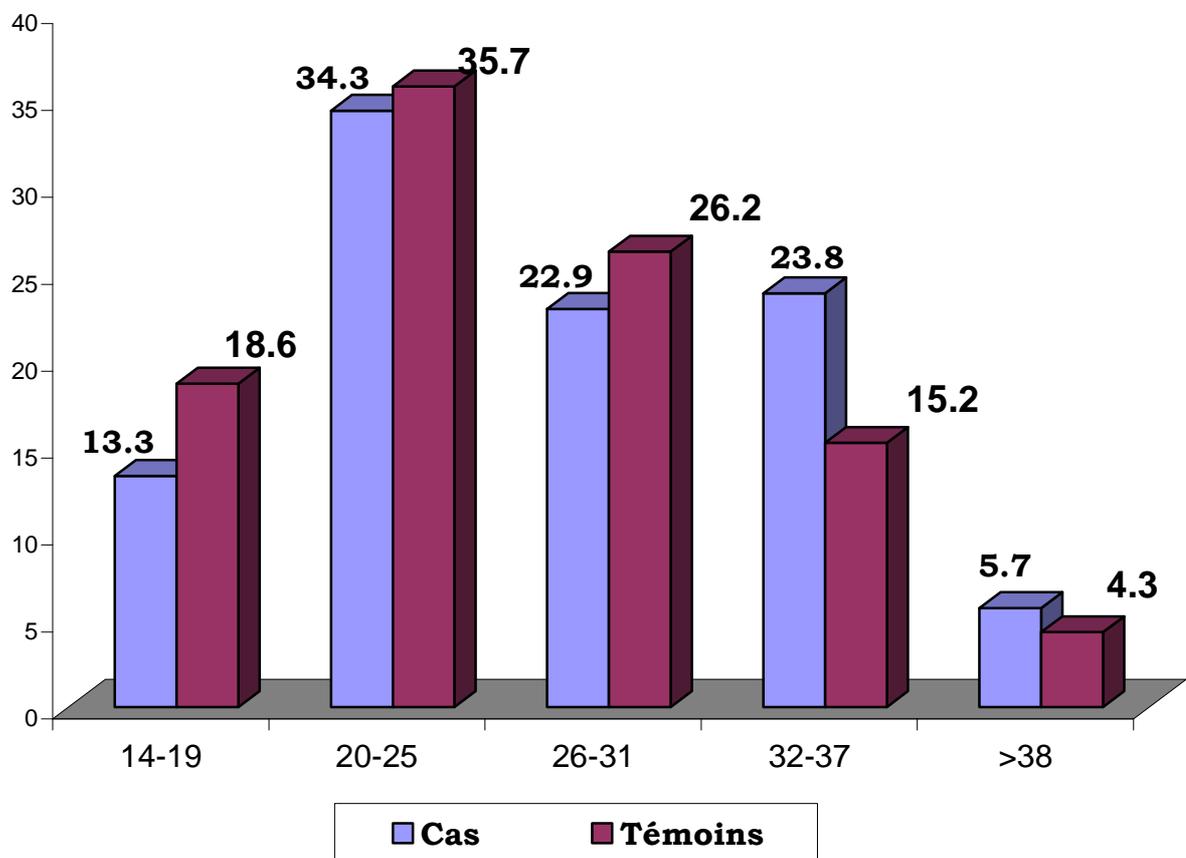


Fig. 2 : Répartition des parturientes selon l'âge

TABLEAU III: Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaires	0	0	15	7,1
Ménagère	95	90,5	140	66,7
étudiante	2	2,0	18	8,6
commerçantes	2	2,0	28	13,3
Autres	6	6,0	9	4,3
Total	105	100	210	100

P=0,04

TABLEAU IV: Répartition des parturientes selon la résidence

Résidence	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Commune VI	89	84,8	176	83,8
Autre Commune	10	9,5	27	12,9
Hors de Bamako	6	5,7	7	3,3
Total	105	100	210	100

P=0,71

TABLEAU V: Répartition des parturientes en fonction des antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Cas (N=105) %	Témoins (N=210) %
Antécédent familial de siège	13.3	3.8
Antécédent personnel de siège	11.4	4.8
Grossesse gémellaire	15.2	7.6
Césarienne	4.8	1.9

TABLEAU VI: Répartition des parturientes en fonction du diagnostic

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Clinique	82	78,1
Echographique	23	21,9
Total	105	100

TABLEAU VII: Répartition des parturientes en fonction du suivi prénatal

Suivi prénatal	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Suivi	71	67,6	126	60,0
Non suivi	34	32,4	84	40,0
Total	105	100	210	100

P=0,07

TABLEAU VIII: Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Evacuées	33	31,4	38	18,1
Venue d'elle même	72	68,6	172	81,9
Total	105	100	210	100

P=0,007

TABLEAU IX: Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	22	21,0	60	28,6
Pauci geste	26	24,8	52	24,8
Multi geste	57	54,3	98	46,7
Total	105	100	210	100

P=0,17

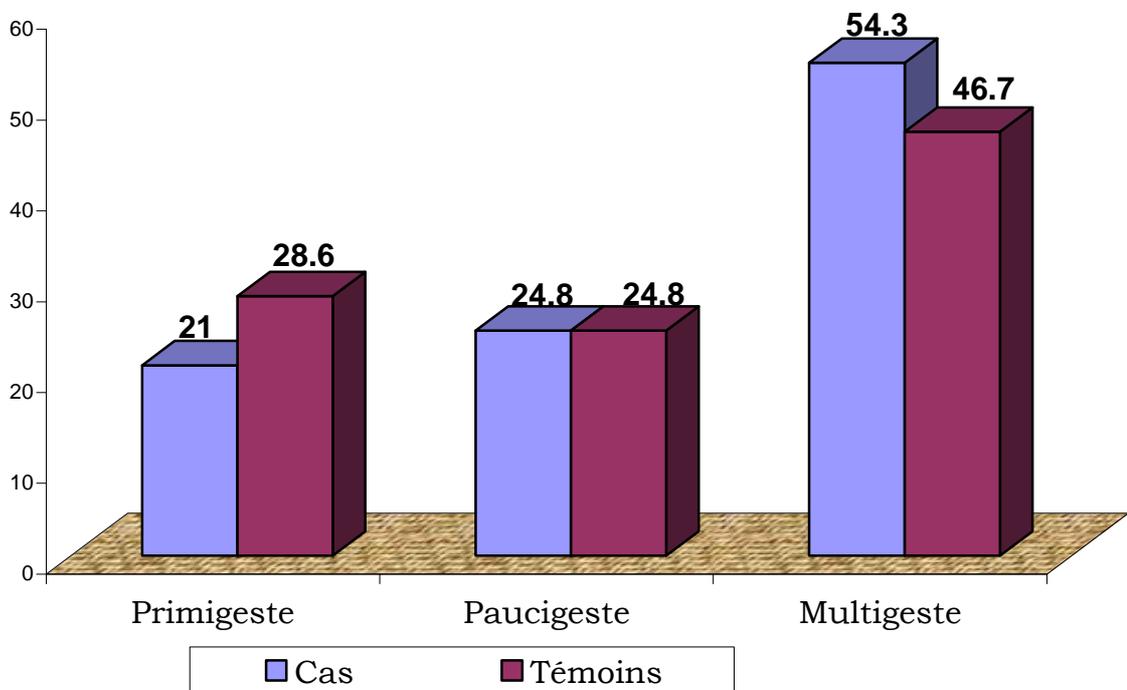


Fig.3 : Répartition des parturientes selon la gestité

TABLEAU X: Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Primipare	40	38,1	79	37,6
Pauci pare	23	21,9	56	26,7
Multipare	25	23,8	51	24,3
Grande multipare	17	16,2	24	11,4
Total	105	100	210	100

P=0,24

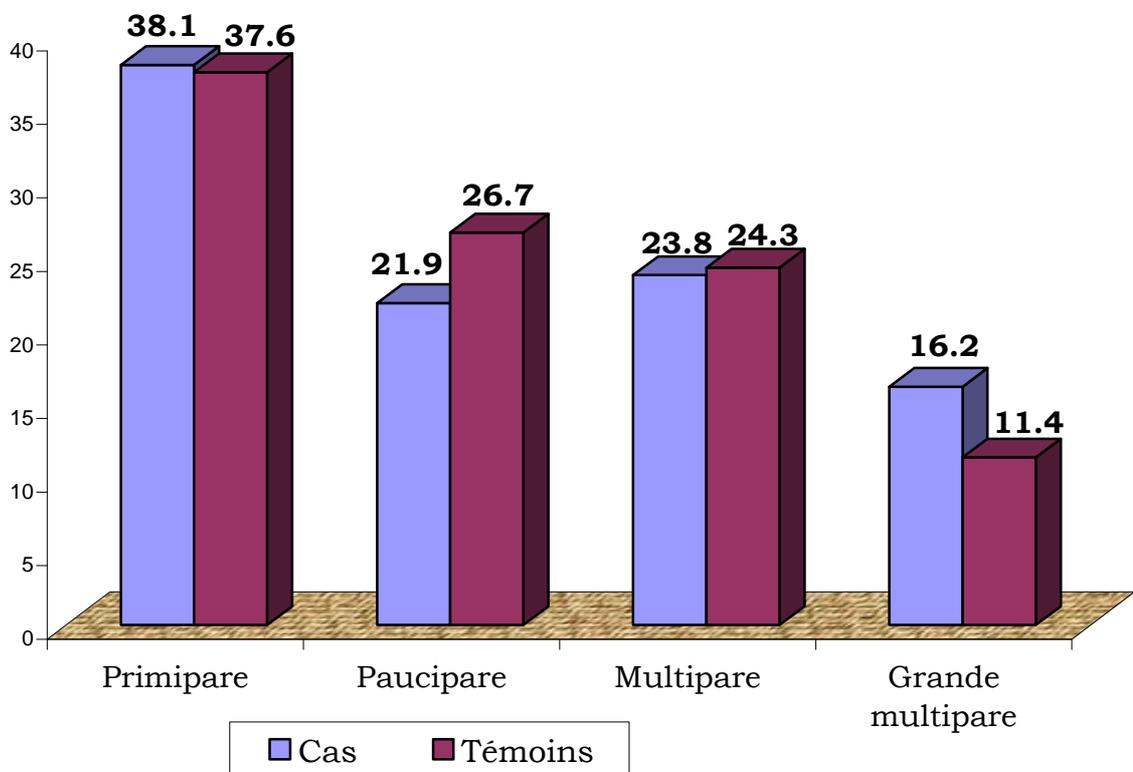


Fig.4 : Répartition des parturientes selon la parité

TABLEAU XI: Répartition des parturientes selon la taille

Taille de la parturiente	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<150Cm	8	7,6	22	10,5
150Cm et plus	97	92,4	188	89,5
Total	105	100	210	100

P=0,08

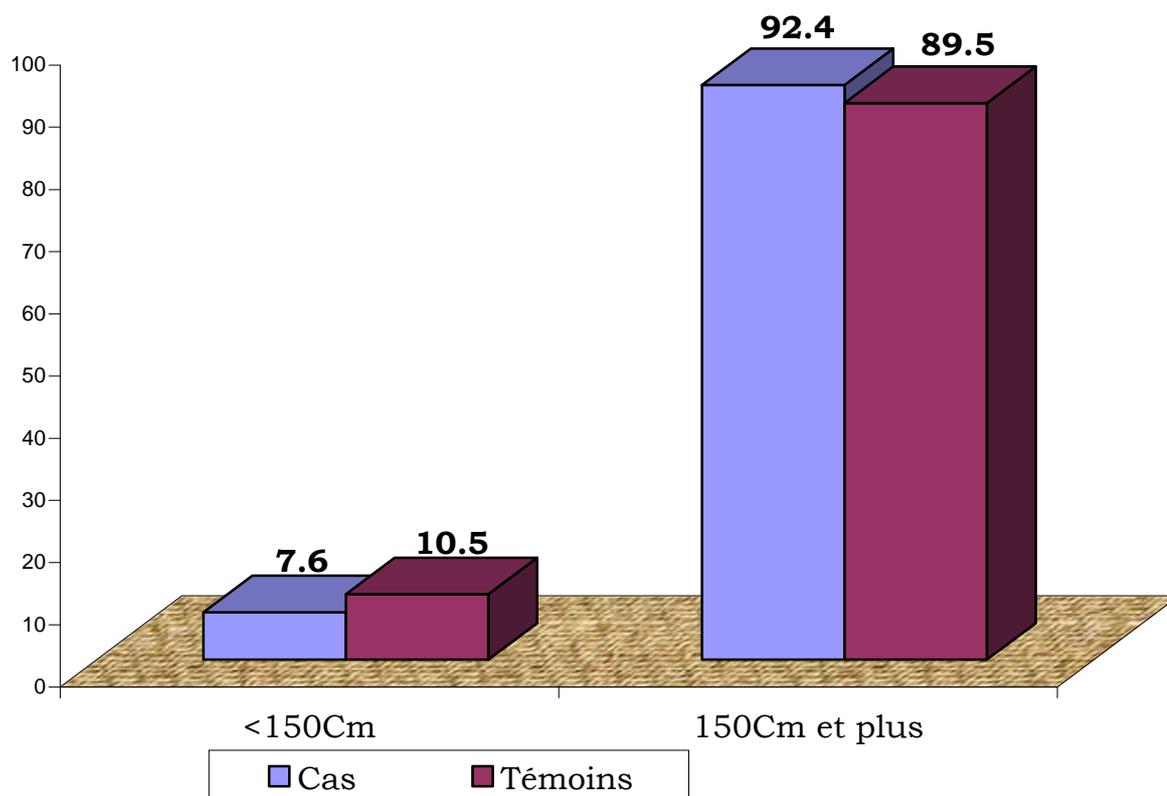


Fig.5 : Répartition des parturientes selon la taille

TABLEAU XII: Répartition des parturientes selon le poids de la gestante

Poids des gestantes en Kgp	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
45-60	10	9,5	17	8,1
61-76	86	81,9	168	80,0
>76	9	8,6	25	11,9
Total	105	100	210	100

P=0,54

TABLEAU XIII: Répartition des parturientes selon la fréquence des BDCF à l'admission

BDCF à l'admission	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
120-160	89	84,8	165	78,6
<120	16	15,2	45	21,4
Total	105	100	210	100

P=0,26

TABLEAU XIV: Répartition des parturientes selon la notion d'engagement du mobile fœtal.

Hauteur de la présentation	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Engagée	51	48,5	97	46,1
Non engagée	54	51,5	113	53,9
Total	105	100	210	100

P=0,43

TABLEAU XV: Répartition des parturientes selon la variété de présentation.

Orientation de la présentation	Fréquence	Pourcentage
SIGA	63	59,8
SIDP	5	4,3
SIGP	2	2,2
SIDA	35	33,7
Total	105	100

TABLEAU XVI: Répartition des parturientes selon le mode présentation

Présentation	Fréquence	Pourcentage
Siège complet	54	51,4
Siège décomplété	51	48,6
Total	105	100

TABLEAU XVII: Répartition des parturientes selon la notion de rupture des membranes

Rupture des membranes	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Rompues	57	54,3	86	40,9
Non rompues	48	45,7	124	59,1
Total	105	100	210	100

P=0,025

IV. Voie d'accouchement

TABLEAU XVIII: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	32	30,5	78	37,1
Voie basse	73	69,5	132	62,9
Total	105	100	210	100

P=0,02

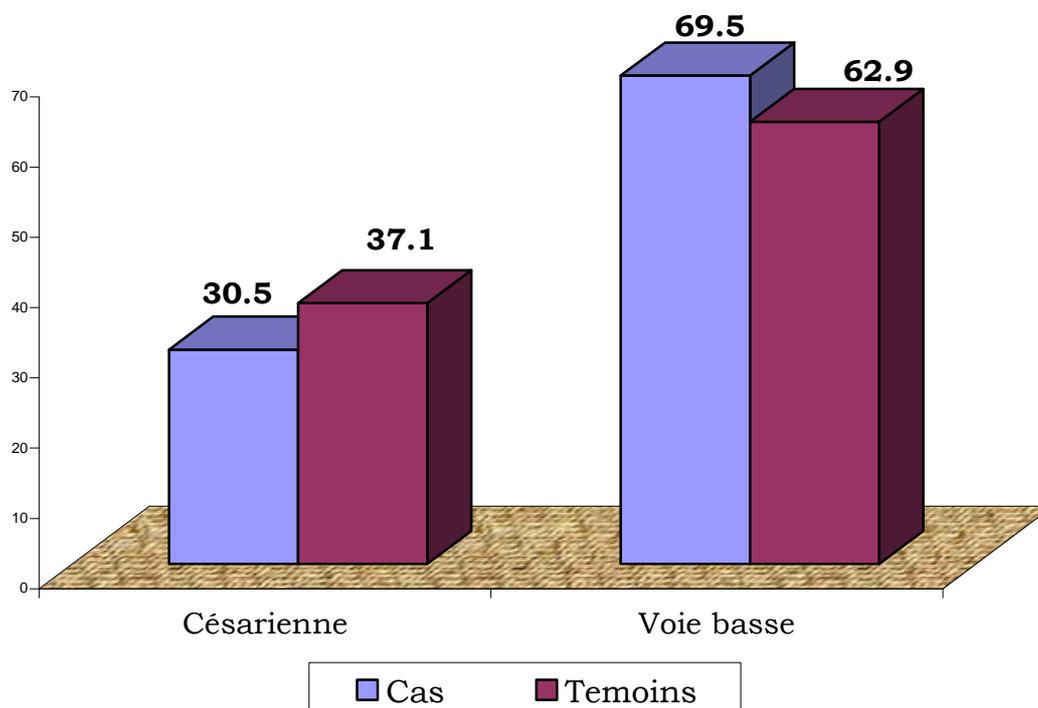


Fig. 6 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

TABLEAU XIX: Répartition des cas de césarienne selon l'indication

Indication de la césarienne	Fréquence	Pourcentage
Primiparité	15	48,2
Souffrance fœtale aigue	17	51,8
Total	32	100

TABLEAU XX: Répartition des parturientes selon la durée du travail

Durée du travail (en heure)	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
≥12	42	40,0	66	31,4
<12	63	60,0	144	68,6
Total	105	100	210	100

P=0,13

TABLEAU XXI: Répartition des parturientes selon la manœuvre obstétricale utilisée.

Manœuvre utilisée	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Mauriceau	47	45	0	0.0
Bracht	56	53	0	0.0
Forceps	0	0.0	11	5,2
Autres	2	2	0	0.0

TABLEAU XXII: Répartition des parturientes selon les complications fœtales survenues au cours de l'accouchement.

Type de complication	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Relèvement du bras	2	1,9	0	0.0
Procidence cordon	3	2,9	0	0.0
Rétention tête dernière	1	1,0	0	0.0
SFA	43	40,6	77	36,8
Aucune complication	56	53,7	133	63,2
Total	105	100	210	100

TABLEAU XXIII: Répartition des parturientes selon les complications maternelles survenues au cours de l'accouchement.

Type de complications maternelles	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Déchirure du col	1	1,0	0	0,0
Suppuration pariétale	5	4,7	8	3,8
Aucune Complication	99	94,3	202	96,2
Total	105	100	210	100

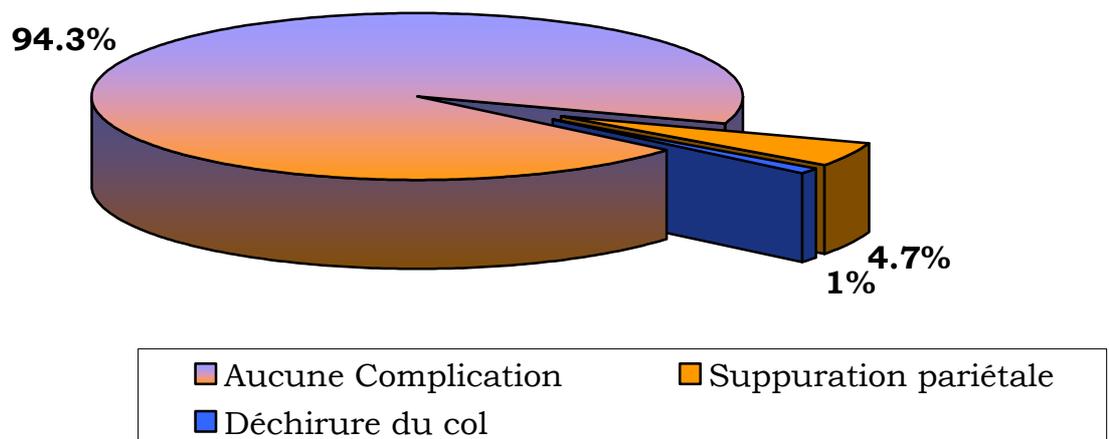


Fig.9 : Répartition selon les complications maternelles survenues au cours de l'accouchement ou après césarienne

TABLEAU XXIV: Répartition des nouveaux-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance (en g)	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
2500-3999	103	98,1	180	85,7
4000 et plus	2	1,9	30	14,3
Total	105	100	210	100

P=0,0006

TABLEAU XXV: Répartition des nouveaux-nés selon l'Apgar à la première minute

Apgar à la première minute	Cas		Témoins	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<7	43	40,6	77	36,8
7 et plus	62	59,4	133	63,2
Total	105	100	210	100

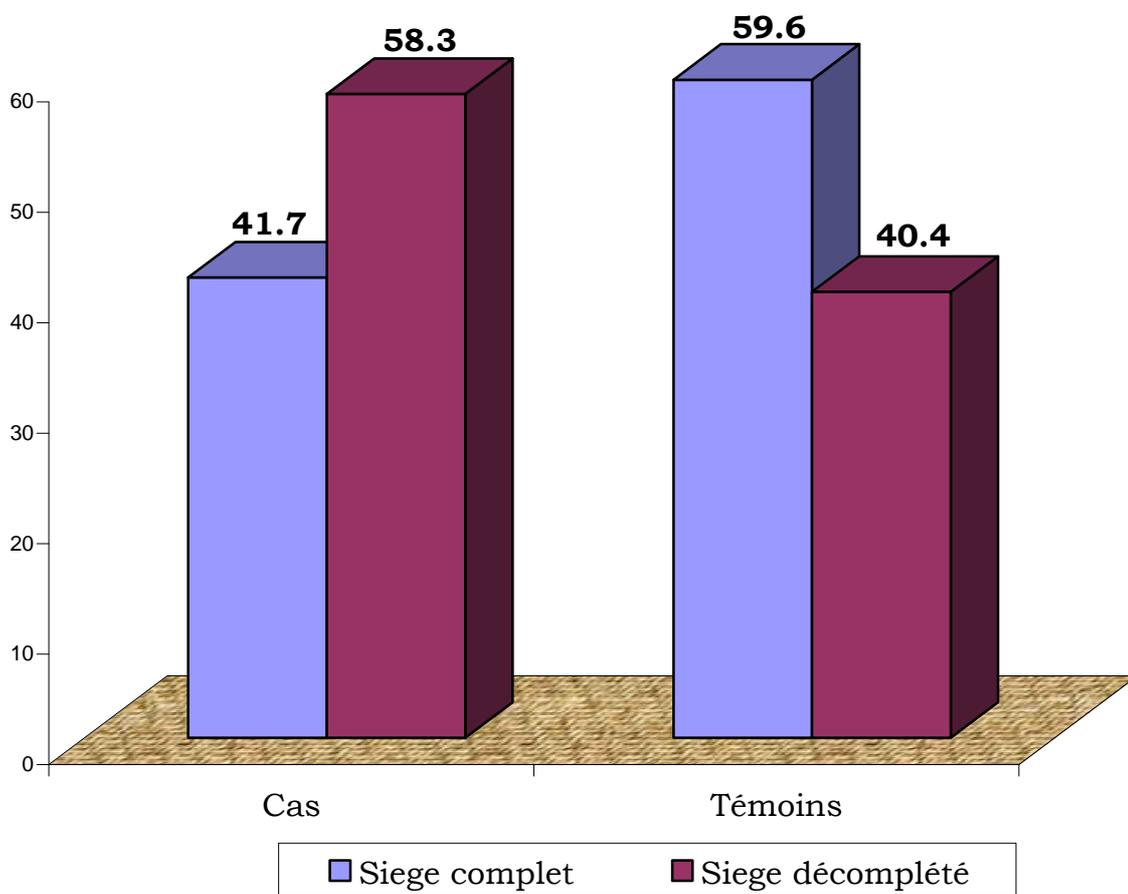
P=0,46

Résultats analytiques

TABLEAU XXVI: Répartition des parturientes selon le mode de présentation et de l'apgar à la première minute.

Mode de présentation	Apgar à la première minute de vie	
	<7	7 et plus
Siège complet	41,7	59,6
Siège décomplété	58,3	40,4
Total	100	100

P=0,01



10 : Répartition des parturientes selon le mode de présentation et l'apgar à la première minute

TABLEAU XXVII: Répartition parturientes selon la voie d'accouchement et de l'APGAR à la première minute

Voie d'accouchement	Apgar à la première minute			
	<7		7 et plus	
	Cas (n=48)	Témoins (n=102)	Cas (n=57)	Témoins (n=108)
Césarienne	29,2	31,4	31,6	42,6
Voie basse	70,8	68,6	68,4	57,4
Total	100	100	100	100

P=0,07

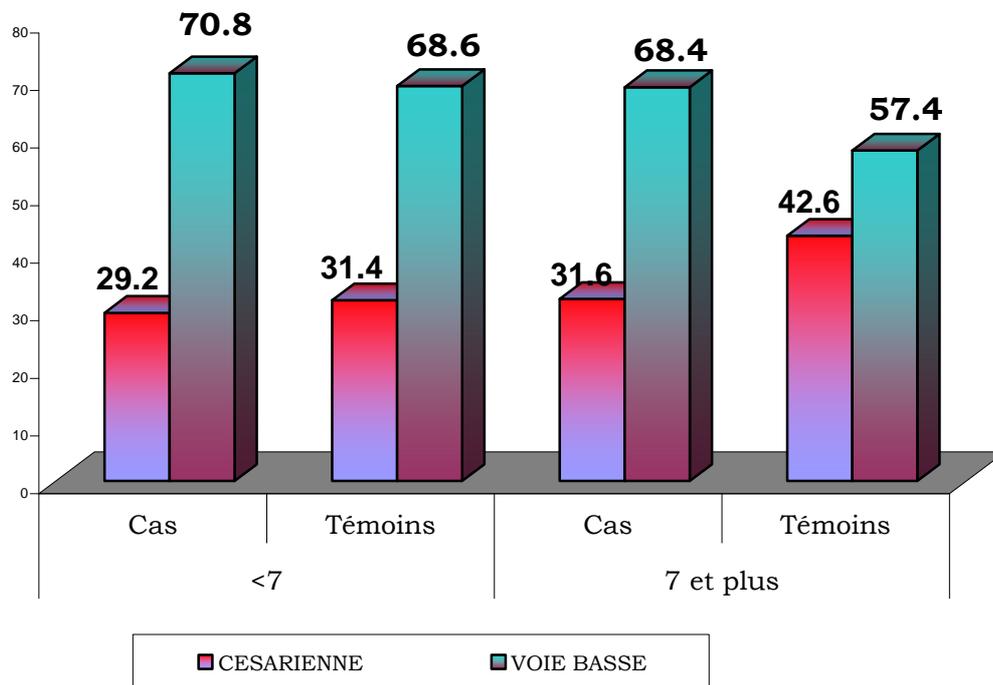


Fig.11 : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement et l'apgar à la première minute

TABLEAU XXVIII: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement et l'âge maternel

Voie d'accouchement	Tranche d'âge									
	14-19		20-25		26-31		32-37		>38	
	Cas (n=14)	Témoins (n=39)	Cas (n=36)	Témoins (n=75)	Cas (n=24)	Témoins (n=55)	Cas (n=25)	Témoins (n=32)	Cas (n=6)	Témoins (n=9)
Césarienne	71,4	64,1	33,3	38,7	25,0	25,5	16,0	18,8		44,4
Voie basse	28,6	35,9	66,7	61,3	75,0	74,5	84,0	81,3	100	55,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

P=0,26

TABLEAU XXIX: Répartition des nouveaux-nés selon le poids de naissance et la voie d'accouchement

Poids de naissance	Voie d'accouchement	
	Césarienne (n=32)	Voie basse (n=83)
2500-3999	100	97,3
4000 et plus	0,0	2,7
Total	100	100

P=0,01

TABLEAU XXX: Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion et de l'APGAR à la première minute

Durée d'expulsion	Apgar à la première minute			
	<7		7 et plus	
	Cas (n=48)	Témoins (n=102)	Cas (n=57)	Témoins (n=108)
<45min	95,8	92,2	93,0	91,7
>45min	4,2	7,8	7,0	8,3
Total	100	100	100	100

P=0,17

COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

1) FREQUENCE

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 5061 accouchements dont 105 accouchements par siège soit une fréquence de 2,10%.

Dans la littérature, des taux proches aux nôtres ont été relevés. En effet Marinho OA [31] au Nigeria, Mektib TA [45] en Ethiopie et Koné M au Mali (36) ont rapporté des taux respectifs : 2,1%; 2,76% et 2,74% Suzanne F [63], Dumont [18], Sou Toul -Liska [61], Granzon et Henrion [27] en France, Hannah-Hannh [28] au Canada et Kutlar I [21] en Turquie ont rapporté des fréquences respectives suivantes: 2,15%; 2,6%; 2,61%; 30%; 31%; 2,6%

Ailleurs des taux nettement inférieurs au nôtres ont été relevé. Dembélé A [12] et Dicko B [14] au Mali ont rapportés respectivement 1,12% et 1,42%, Kouakou F (24) en Côte d'Ivoire 1,52%, des taux trois fois et même cinq fois supérieur au nôtres été rapporté dans la littérature Américaine:

-Fergusson J E (20)=7,9% NUBAR J (59) :13%

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

2- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1. Age des parturientes

L'observation de nos résultats montre que 94,3% des cas ont un âge compris entre 14 et 37 ans. Ce fait est noté chez les témoins 95,7%. Dans notre série la tranche d'âge dominante se situe entre 20 et 25 ans chez les cas ainsi que chez les témoins sans différence statistiquement significative (P=0,07)

2.2. Profession

La majorité de la population féminine Malienne est composée de ménagère. Ainsi nous avons noté 90,5% de ménagères parmi les cas et 66,7% parmi les témoins. Dans notre étude nous avons noté 0% de fonctionnaire chez les cas contre 7,1% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($P=0,04$). La plupart des études effectuées au Mali rapportent des taux nettement élevés de ménagères. Ainsi Dembélé A [12], Dicko B [14] et Koné M [36] ont rapporté dans leurs études 89,7%, 91,3%. Il s'agit le plus souvent des femmes non scolarisées donc ignorant les risques liés à ce type de grossesse.

2.3. Parité

Les pauci pares (parité inférieure à quatre (4)) ont représenté 21,9% des cas contre 26,7% pour les témoins. Les primipares ont représenté 38,1% des cas contre 37,6% pour les témoins sans différence statistiquement significative ($P=0,24$).

Dans notre étude la fréquence de présentation du siège diminue avec la parité. Ainsi les multipares et les grandes multipares n'ont constitué que 23,8% et 16,2% chez les cas. Ce fait a été constaté par Koné M [39] avec respectivement 23,53% et 5,04% pour les multipares et grandes multipares.

Certaines études rapportent des taux nettement inférieurs à notre de pauci parité associée aux présentations du siège. Ainsi Dembélé A [12], Dicko B [14] au Mali et Denis A [57] en France ont rapporté des taux respectifs de 49%, 59,2% et 50,1% de pauciparité.

Classiquement le trouble de l'accommodation chez la multipare dus au relâchement des parois utérines explique la survenue des présentations du siège chez celle-ci.

2-4. Suivis de la grossesse et mode d'admission.

Dans notre étude 32,4% des cas n'ont fait aucun suivi prénatal contre 40,0% des témoins ($P=0,07$). Ce taux de grossesses non suivies est proche de ceux de Brahim O [53] en Tunisie; Dembélé A [12], au Mali et Farsi IL [22], au Sénégal qui ont rapporté des taux respectifs de 35%, 33,6%, et 34,1% et 11%. Le suivi régulier et bonne qualité de la CPN sont indispensables pour prévenir les risques. L'un des objectifs de la consultation prénatale du dernier mois de la grossesse est de faire le pronostic de l'accouchement. La détection des cicatrices utérines qui présentent toujours un risque de déhiscence au cours de la grossesse ou de l'accouchement. En cas de présentation du siège, les antécédents de chirurgie utérine détectés au cours des consultations prénatales sont importants car peuvent faire indiquer d'emblée une césarienne.

La plupart de nos patientes n'ont pas bénéficié de cette évaluation soit du fait de la mauvaise qualité des CPN soit de l'absence même du suivi prénatal. Il s'agit le plus souvent des patientes dont le pronostic d'accouchement a été évalué en salle de travail quelques fois dans les situations urgences.

31,4% de nos cas ont été référés soit des CSCOM, soit par d'autres structures contre 18,1% des témoins.

Par contre 68,6% de nos cas sont venues deux même contre 81,9% des témoins sans différence statistiquement significative ($P=0,007$)

3- EXAMEN CLINIQUE

3-1. Taille de la patiente

L'évaluation de la taille en obstétrique est importante dès l'admission de la patiente dans la salle de travail. 7,6% de nos cas ont une taille inférieure à 1,50m contre 10,5% des cas sans différence statistiquement significative ($P=0,08$)

Parmi elle quatre femmes avaient un bassin généralement rétréci, Trois femmes avaient un bassin limite et une femme avait un bassin asymétrique. Ces huit (8) cas ont tous subies une césarienne.

3-2. Rythme cardiaque fatal

L'appréciation du rythme cardiaque fœtal systématique à l'admission a été faite exclusivement au stéthoscope de Pinard. 15,2% des fœtus chez les cas contre 21,4% des témoins à l'admission avaient une bradycardie ou des bruits cardiaques absents ($P=0,26$). Certains facteurs auraient contribué à altérer le rythme cardiaque des fœtus dans notre série. Ce sont les retards dans la prise de décision de référence, le mode de référence, les dystocies dynamiques, les dystocies mécaniques, la procidence du cordon.

3-3. Présentation fœtale

Plus de la moitié (51,4%) des fœtus chez les cas à l'admission avaient une présentation du siège complet contre 48,6% de modes décomplétés. Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($P=0,27$)

Dicko B [14] au Mali et Koné M [36] au Mali ont rapporté respectivement dans leurs séries 50,5% et 54,6% de siège complet contre 49,5% et 45,4% de siège décomplété. La tendance retrouvée chez la plupart des auteurs [15, 27,33] est inversée dans notre série.

Ainsi Farsi IF [22] au Nigeria, Kouakou F [24] en Côte d'Ivoire et Dembélé A [12] au Mali trouvaient respectivement dans leurs séries 49,2%; 43,3% et 52,6% de sièges complet contre 50,2%; 52,6%; 43,4% de mode décomplété. Les variétés de la présentation n'ont pas toujours été appréciées dans notre série. Il s'agissait surtout de variétés antérieures [93,5%] pour les cas. Comme souligner par la plupart des auteurs les variétés sacro-iliaques gauches antérieures ont été les plus

fréquentes (59,8%). Notre taux de présentation du siège variété antérieure est proche de celui de Dicko B [14] au Mali 95% et supérieur à celui de Farsi IL [22] 85,5%; 48,5% des cas avaient une présentation fœtale engagée à l'admission contre 46,1% des témoins sans différence statistiquement significative ($P=0,43$)

4-VOIE D'ACCOUCHEMENT

Plusieurs facteurs ont déterminé la voie d'accouchement dans notre série.

69,5% des cas ont accouchés par voie basse et 30,5% par césarienne contre 62,9% de voie basse et 37,1% de césarienne chez les témoins. Notre taux de césarienne en cas de présentation de siège est inférieur à celui de la présentation céphalique qui a été de 37,1/%. Cette différence est statistiquement significative ($P=0,02$). Dans notre série d'étude la césarienne a été effectuée chez 38,1% des primipares.

Les taux de césariennes pour présentation de siège dans la littérature sont très variables. Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés variant entre 61,4% et 90% aux Etats-Unis d'Amérique (21, 43,61).

Certaines manœuvres obstétricales ont été pratiquées avec respectivement 43,4%; 53,9% pour le Mauriceau, le BRACHT. Il faut noter l'application de la technique de Van Huevel Tarnier suite à une rétention de la tête pour hydrocéphalie. L'expulsion au cours de ces accouchements par voie basse est inférieure à 45 minutes dans 95,8% des cas contre 91,7% chez les témoins cependant seulement 4,2% des cas avaient une durée d'expulsion supérieure à 45 minutes et 8,3% seulement des témoins. Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($P=0,17$).

Ces dystocies d'expulsion peuvent s'expliquer d'une part par l'épuisement maternel et d'autre part par les dystocies dynamiques.

5. PRONOSTIC

5-1. Pronostic maternel

Dans la littérature plusieurs types de complications maternelles ont été décrits. Ces complications sont fonction de plusieurs facteurs soit liées à la grossesse elle-même (suivie) soit au mode d'accouchement ou les deux.

Ainsi les complications morbides les plus fréquemment rencontrées ont été les suppurations pariétales (5 cas), la déchirure du col (1 cas). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel dans notre série.

Les suppurations pariétales observées dans notre étude ne seraient pas liées à la présentation du siège mais constituent les complications morbides rencontrées quelquefois après césariennes. Le pronostic maternel en général bon dans l'accouchement en cas de présentation du siège, une augmentation de la fréquence des césariennes est un facteur à prendre en compte.

5-2. Pronostic fœtal

Plusieurs types de complications fœtales ont été observés au cours de notre étude. Ces complications sont dominées par la souffrance fœtale aigue: 43,8% des cas contre 40,6% des témoins, la mort fœtale 0,95% chez les cas; 3,8% chez les témoins. L'altération du pronostic fœtal au cours de l'accouchement par le siège est régit par plusieurs facteurs. La voie d'accouchement et le mode de présentation: Ainsi 31,6% des nouveaux nés avaient un apgar supérieur ou égal a 7 à la première minute contre 68,4% des nouveaux nés par voie basse;

Le pronostic fœtal dans notre étude a été sans qu'on puisse l'expliquer moins bon en cas de siège décomplété qu'en cas de siège complet 58,3% de nouveau-nés en présentation de siège décomplété ont un score d'apgar inférieur à 7 à la première minute contre 41,7% de

nouveau-nés en présentation de siège complet avec une différence statistiquement significative ($P=0,01$).

Nos résultats sont comparables à ceux de Rachdi R [53] qui a trouvé 4,8% de mort périnatales pour le siège décomplété contre 3,2% pour les sièges complets avec une différence non significative.

Il pense alors que le pronostic est indépendant du mode de présentation [53] en cas d'accouchement par le siège. Par contre nos résultats sont contraires à ceux de Dicko B [14] et Koné M [36] qui ont respectivement noté 36,5% et 33,84% de nouveau-nés en présentation de siège complet avec un score d'apgar inférieur à 7 à la cinquième minute contre 22% et 12% de siège décomplétés.

Le pronostic fœtal est inversement proportionnel à la durée d'expulsion. En effet le score d'apgar à la première et à la cinquième minute a été mauvais quand la durée d'expulsion excède 45 minutes. Ceci s'explique par le fait qu'en cas de prolongation de la durée d'expulsion, il s'installe une hypoxie aboutissant à l'altération du score d'apgar. 4,2% des cas dans notre série ont présentés une souffrance quand la durée d'expulsion est supérieure à 45 minutes contre 95,8% pour une durée d'expulsion inférieure à 45 minutes.

Ainsi la voie d'accouchement, le mode de présentation, le suivi de grossesse ont influencés le pronostic fœtal dans notre série. La plupart des auteurs [17, 27, 34, 38] s'accordent sur ces facteurs de pronostic fœtal qui sont le plus souvent associés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

De janvier 2006 à Décembre 2006 nous avons mené une étude prospective Cas/Témoins portant sur l'accouchement par le siège au CSREF de la CVI de Bamako. Cette étude prospective cas- témoins portant sur l'accouchement par le siège nous a permis d'évaluer la qualité des prestations des CSCOM de la dite commune.

Au terme de cette étude nous avons enregistré 5061 accouchements dont 105 accouchements du siège en cas de grossesse monofoetale soit une fréquence de 2,10%. Les tranches d'âge de 14-37 ans ont été les plus rencontrées 94,3%. Le mode de présentation le plus fréquent a été le siège complet 51,4%. Il s'agit surtout de la variété sacro-iliaque gauche antérieure 59,8%. La césarienne a été pratiquée systématiquement chez les primipares avec présentation de siège (21,0%). la voie basse a été privilégiée au cours de ces accouchements 69,5% contre 30,5% de césarienne avec une différence statistiquement significative ($P=0,02$). Le pronostic maternel reste en général bon dans l'accouchement en présentation de siège.

Plusieurs facteurs ont influencé le pronostic foetal comme la voie d'accouchement, le mode de présentation, la durée d'expulsion et le suivi de la grossesse .la césarienne systématique chez les primigestes a contribué a amélioré le pronostic foetal.

Les complications foetales ont été dominées par la souffrance foetale aiguë 43,8% des cas.

Ces données confirment que l'accouchement par le siège est un accouchement à haut risque.

Il doit toujours se faire dans un milieu hospitalier, par un personnel bien expérimenté, maîtrisant les différentes manœuvres obstétricales et en présence d'un anesthésiste et d'un pédiatre prêts à intervenir à tout moment.

2- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes

➤ **AUX PRESTATAIRES**

- identifier et référer les cas de présentation du siège vers des centres spécialisés;
- demander systématiquement un examen échographique à la dernière CPN afin de déterminer le type de présentation et estimer le volume fœtal.

➤ **AUX AUTORITES**

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales en général et de l'accouchement du siège en particulier.
- Créer et équiper les structures de néonatalogie pour améliorer la prise en charge des nouveaux-nés,
- Renforcer le système de référence/évacuation permettant la prise en charge rapide et efficace des accouchements par siège par les centres de santé de référence.
- Equiper les centres de santé de référence en cardiotocographe
- Equiper les salles d'accouchement en appareil échographique

➤ **A LA POPULATION**

- Le suivi régulier des consultations prénatales par toutes les femmes enceintes
- Sensibiliser sur les risques de l'accouchement en dehors d'un milieu médical

REFERENCES

1- Barbarino, Monnier. P, Boutroy. J

La présentation du siège

Obstétrique, ellipses, PARIS, 1945; 435:162-173

2-Barrier. J.

Présentation du siège.

Rev Prat 1975; 25: 176-188.

3-Barrier. J, Elhaik. S.

La césarienne. Ses indications actuelles sont –elles trop nombreux ?

Rev for gynéco obtet 1979; 74,5: 335 -334

4-Baudet. J.

Faut-il faire une césarienne systématique dans les présentations du siège ?

Rev Fr. gynécol obtet 1992; 87, 7 -9: 415 – 418

5-Brian .C, James .A, Rogre. B, Peter Van. J.

Effect of obstet presentation on the amniotic fluid index.

Is Ir of obstet and gynecol 1999, 181, 5:129:139?

6- Chabret. P, Cool. H, Mattle. M, Callec. M.

Doit-on faire encore des versions par manœuvres externes dans la présentation du siège ?

Rev Fr. gynécol obstet 1992, 6-8: 633-640

7-Cheng. M

Breech delivery at term:

Ir of perinat .med 1980; 17, 2:121-126

8- Claudine. A

Le devenir des enfants nés en présentation du siège.

Gazette med 1984; 91, 7

9-Creaz. J, Rosni. K

Maternal and fœtal medicine .sounders Philadelphia 1984

Br ir of obstet gynaecology 1997; 104, 11:1223-1291

10-Creze. J

Le pronostic fœtal de la procidence du cordon dans la présentation du siège

Gynécol. obstet 1956; 55:333-335

11-Daniel. P, Peter. J

Route of delivery for the breech presentation: a conundrum

Am ir of obstet and gynécol 1995; 173, 2

12-Dembélé. A.

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

Thèse med, 1988- numéros 18

13-Denis. A, Texier. M, Rouchy. R.

Le pronostic fœtal en siège: évaluation d'un coefficient de risque.

Rev Fr gynécol obstet 1976; 71:309-316

14- Dicko. B

Accouchement du siège, pronostic fœtal à propos de 103 cas.

Thèse med, Bamako, 2001; numéros 67

15-Dubois. C, Dufour. P, Levaseur. M.

Présentation du siège: conduite à tenir à propos de 304 observations contracept fertile sec 1998; 26,7:363-371.

16- Dubois. J, Grall. Y

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège .in: mise à jour en gynécologie et obstétrique, paris, vigot, 1988:375-397

17-Dubois. J

Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège.

Gynécol. obstet Biol. Reprod 1981 ; 10 :479-492

18-Dumont. M, Nelken. S, Condamine. P.

Etude de 309 accouchement en présentation du siège.

Rev FR gynécol 1977; 72:775

19-Durline. H, Gordon. D, Milbeberg. J, Michelle. Z, Zenet. R.

The frequency of breech presentation based study.

Am ir of obstet and gynécol 1992; 166:851-2.

20-Dyson. D, Ferguson. J, Heinsleigh. P

Ante partum external cephalic version under tocolysis.

Obstet gynécol 1986; 67:63-8.

21-Erkaya. S, Tuncer. A, Kutlar. I

Out come of 1040 consecutive breech delivery chemical experience of maternity hospital in turkey.

Int ir of gynécol and obstet 1997; 59, 2:115-8.

22-Farsy. I

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

Thèse med, Dakar, 1993

23-Feige. A, Kraus. M, Lens. A.

Deciding criteria for vaginal delivery form breech presentation: effect on neonatal early and late morbidity tyzeitschrift fur geburtschift and neonatology 1997; 201, 35

24-Gassan. H, Diarra. S, Touré. K, Kouakou. F, Welffens. C

Evaluation des risques foetaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient C de corrélation

Ann. Univers, Abidjan, série B (Médecine),1983; XVII (1)291

25-Georges. P

L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée

Est – elle possible ?

XIV^e JTA avancées en gynécologie obstétrique Pma et pédiatrie 1999; 16

26-Grall. J, Dubois. J, Moquet. P, Poulain. P, Blanchois. J, Laurent. MC

Présentation du siège

Edit technique encylmed chir. (Paris) obstétrique JO49-L44, 1994.19p

27- Grazon. A, Henrion. R

Présentation du siège

Edit technique encylmed (paris), obstétrique, 5026, 110, A20, 1967

28- Hannah. M, Hannah. W, Hodmett. E

Accouchement par présentation de siège par voie vaginale: la fin d'une époque. Lancet 2000;356;1357-83

29-Heluin. G, Hazeri. H,

Accouchement par le siège, résultat sur une série de 300 cas

Je Gynécol. obstétrique Biol. report 1978,7:975 -986

30- Hill. L

Prevalence of beech presentation by gestational age Am J perinatal 1990; 7:92

31-Ilesanne. O, Marinho. OA

Out come of 44 breech singleton delieres at the catholic hospital oluyuro

Ibadam Africa J of the medicine and medical science 1996; 25(1); 41-6

32- Irion. O, Morabia. A

Planned vaginal delivery versus elective cesaream section; a study of 705 singleton term beech presentation

Br J of obstétrique and gynecol 1998,105 (7) 710-7

33- Julianne. S, Kirk. A, Mark. A, Jennefer. F

The dangerous multipara= fact of fiction?

Am J of obstet and gynecol 1995; 172, 2

34- Kayen. G

Voie d'accouchement en cas de présentation de siège

J gynécol obstet biol. reprod 1981, 10:623

35- Koo. M, Dekker. G

Perinatal outcome of singleton term beech deliveries

Europ J of obstet gynecol and reprod boil 1998;78(1):19-24

36- Koné. M

Accouchement en présentation par le siège Pronostic fœtal et maternel, Thèse Med, Bamako 2005 n°:

37- Lacomme. M

Accouchement en présentation par le siège.

Pratique obstétricale pronostique fœtal et maternel.

Accouchement en présentation du siège pronostic fœtal et maternel

Mason, Paris, 1960

38-Langer. B, Bassi. C

Conduite à tenir devant une présentation du siège

Mécanique et technique obstétricale 2001:553-569

39-Lansac. J-

Obstétrique pour le praticien: accouchement et suites couches Paris; Maisson, 4^{ème} édition 1986, 592 p.

40- Le Fevre. J, Cardi. S, Denis. A, Marchetta. J,

Accouchement du fœtus de faible poids en présentation du siège – Pronostic fatal et place de l'opération césarienne.

Rev Fr Gynécol. obstet 1982; 77,3: 185-189.

41- Maillet. R, Shall. JP, Gautier. C, Delpiano. F, Flusin. M

Existe-t-il des séquelles spécifiques de l'accouchement en présentation du siège chez les enfants scolarisés ? Enquête statistique et rétrospective.

Rev Fr Gynécol. obstet 1983, 78 (4)

42-Maillet. R, Riethmuller. D

Accouchement en présentation du siège. Plaidoyer pour la voie basse

XIV^e JTA Gynécol. Obstet 1999.

43-Meketib. D, Luis. R, Mary. J

Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women: A5 years experience at the University of Miami, Jackson Memorial Hospital.

Am J: of obstet and Gynecol, one line 1999, 81, 2.

44- Marpeau. L

Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ?

Rev Fr. Gynécol. obstet 1999; 94, 6: 474-477.

45- Mektib. T

Breech delivery and fœtal outcome: a review of 291 case.

Ethiopian Med Jr 1995; 33(3): 175-82

46- Mestrallet. A

Conduite à tenir devant une présentation du siège

Journées de perfectionnement Départ Gynécol. obstet. CHU Lyon: 1971

47- Milliez. I, Ghorbel. A, Rekik. S

Activité de la maternité de Sfax de 1976 à 1978 à propos de 20000 accouchements.

Jr Gynécol. Obstet biol. reprod 1980; 46: 127-149.

48- Nigel. I, Sauders. S

Controversies the nature breech should be delivered by elective caesarean section.

Jr Perinat Med 1996; 24: 545-55

49- Oliver. I, Pascale. H, Alfredo. M

Planned vaginal delivery versus elective caesarean section a study of 705 singleton term breech presentations.

Br J Obstet Gynecol 1998; 105:710-717.

50- Picaud. J, Salle. B, Walther. M, Boussemart. T

L'accouchement en présentation par le siège à terme. Point de vue du néonatalogue.

XIV^e ITA en Gynécol. obstet, 1999.

51- Rachidi. R, Mouelhi. C, Fekhi. M, Brahim. H.

Evaluation du mode d'accouchement dans la présentation du siège.

Rev Fr Gynécol. obstet 1992; 87 7-9: 415-18.

52- Rachidi. R

Les différentes présentations du bébé: la position en vue de naissance.

Paris; Vigot; Gynéco obstet; 1996. 7-27

53-Rachidi. R, Fekih. M, Messaoud. L, Brahim .O

Le pronostic fœtal de l'accouchement par le siège: étude statistique à propos de 543 cas.

Rev Fr Gynécol. obstet 1993; 884: 249-252

54-Raudrant. R, Golfier. F, Champion. F

L'accouchement du siège à terme, place de la césarienne systématique. Les résultats d'une étude de cohorte historique de 1116 cas et revue de la littérature XIV^e ITA, Gynécol. obstet 1999.

55- Benoit. S, Shall. JP, Maillet. R, Colette. C.

La grande extraction d'un siège décomplété: la ventouse obstétricale comme alternative à la manoeuvre de Mantel- Pinard.

Rev Fr. Gynécol. obstet 1996; 91,4: 777-881

56-Robert. M, Jean. L, Jean. M.

Précis d'obstétrique, Présentation du siège

6^{ème} édition

57-Rosenau. L, Denis. A, Lahlou. N, Fournis. H.

Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses mono fœtales à terme. Rev FR Gynécol obstet

1990; 85,5:271-281

58- Russell. K, Laros .J, Tracy. A, Sarah. J

Management of term breech presentation a protocol of external cephalic version and selectable trial of Labor-1995; 172, 6

59- Scheer. K, Nubar. J

Variation of foetal presentation with gestational age.

Am J obstet Gynecol 1976, 125: 269

60- Soummami. A, Hermas. S, Mikou. F.

La providence du cordon ombilical: à propos de 165 cas

Rev Fr Gynécol. Obstet 1999; 74, 6: 474-477.

61-Soutoul. J, Liska. J

Etude statistique sur la présentation par le siège portant sur 16000 accouchements pendant 10 ans (1956-1965)

Rev Fr. Gynécol. 1968; 63: 446-465.

62-St. Saunders. N.

Controversies: the nature breech should be delivered by elective caesarean section.

63-Suzanne. F, Portal. B, Bauden. J.

Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentations du siège à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas

Rev Fr. Gynécol.obstet 1979; 74,349-356

64-Wieger. S, Hannah

Présentation du siège et l'accouchement a domicile

Dossier obstet 2001; 295: 36

Problèmes rencontrés

Comme toute œuvre humaine notre travail est loin d'être parfait, car il s'est déroulé non sans problèmes. Ces problèmes sont :

1. Le non-usage ou la mauvaise utilisation du partogramme dans nombres de maternités des CSCOM avec pour conséquences une référence tardive des cas de présentation du siège vers notre service.
2. La mauvaise fréquentation des consultations prénatales et la qualité de celles-ci quand elles sont souvent faites.
3. La mauvaise organisation du système de référence évacuation avec pour conséquences des références tardives de Kati vers notre service.
4. L'objectif idéal de notre étude était de pouvoir suivre à court et à 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.

Fiche signalétique

Nom : TOURE

Prénom : Mountaga

Nationalité : Malienne

Année de soutenance : 2008

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé : L'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic fœtal et maternel de l'accouchement du siège. Notre étude a lieu sur une période de 12 mois (du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006) au centre de santé de référence de la commune VI .Il s'agit d'une étude prospective cas-témoins visant à évaluer le pronostic fœtal et maternel de l'accouchement sur présentation du siège.

Nous avons enregistré 105 cas de présentations du siège remplissant tous nos critères d'inclusion, aux quels nous avons apparié 210 cas de présentation du sommet comme témoins. La fréquence des accouchements sur présentation du siège est de 2,10% dans notre service sur les 5061 accouchements .Le pronostic maternel s'est avéré en général bon dans notre étude. Plusieurs facteurs ont influencé le pronostic fœtal : la voie d'accouchement, le mode de présentation, le suivi de la grossesse.

Mots clés : Accouchement, siège, pronostic, Apgar, cas, témoins, référence, commune VI.

SERMENT D'HIPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE!