

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

\*\*\*\*\*

**REPUBLIQUE DU MALI**

\*\*\*\*\*

**UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**Année : 2005 - 2006**

**N°**

**THEME**

**L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE CHEZ LES  
PRIMIPARES A LA MATERNITE  
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE V  
DU DISTRICT DE BAMAKO  
DE FEVRIER 2005 A JANVIER 2006**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le 09 /09 / 2006 devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

**Par Monsieur Salomon DIARRA**

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

**Jury :**

Présidente : Pr Sy Assitan Sow  
Membre : Dr Doumbia Seydou

Membre : Dr Traoré Soumana Oumar.  
Directeur de Thèse : Pr TRAORE Mamadou

*ADMINISTRATION ET  
PERSONNEL  
ENSEIGNANT DE LA  
FMPOS*

# FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 – 2006

## LISTE DU PERSONNEL

### ADMINISTRATION :

Doyen : Anatole TOUNKARA - Professeur  
1<sup>er</sup> Assesseur : Drissa DIALLO - Maître de conférences agrégé  
2<sup>ème</sup> Assesseur : Sékou SIDIBE - Maître de conférences  
Secrétaire Principal : YENIMEGUE Albert DEMBELE - Maître de conférences agrégé  
Agent Comptable : Mme COULIBALY Fatoumata TALL - Contrôleur des Finances

### LES PROFESSEURS HONORAIRES :

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

### LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D E R & PAR GRADE :

#### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES :

##### 1. PROFESSEURS :

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie- Réanimation

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco – Obstétrique

## **3. MAITRES DE CONFERENCES :**

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

## **4. MAITRES ASSISTANTS :**

Mme DIALLO Fatimata S DIABATE	Gynéco – Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique
Mr Issa DIARRA	Gynéco – Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

## **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE :**

Mme Diéneba DOUMBIA	Anesthésie/ Réanimation
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie – Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie – Obstétrique
Mr Tiemoko D COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL

## **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES :**

### **1. PROFESSEURS :**

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie–Pathologie – Histo - embryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :**

Mr Amadou TOURE	Histo - embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOUGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

### **3. MAITRES DE CONFERENCES :**

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

### **4. MAITRES ASSISTANTS :**

Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

## **5. ASSISTANTS :**

Mr Mangara M BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y SACKO	Biochimie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES :**

### **1. PROFESSEURS :**

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro – entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato – Léprologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :**

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

### **3. MAITRES DE CONFERENCES :**

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro – entérologie

#### **4. MAITRES ASSISTANTS :**

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

#### **5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE :**

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

#### **D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES :**

##### **1. PROFESSEURS :**

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.

##### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

##### **3. MAITRES DE CONFERENCES :**

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique

#### **4. MAITRES ASSISTANTS :**

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

#### **5. ASSISTANTS :**

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE :**

#### **1. PROFESSEURS :**

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

#### **2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE :**

Mr Moussa A MAIGA	Santé Publique
-------------------	----------------

#### **3. MAITRES ASSISTANTS :**

Mr Bocar G TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A DICKO	Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS :**

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Bio-statistique

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES :**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION :**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

# *DEDICACES*

## **DEDICACES**

De tout mon cœur je dédie ce travail à :

### **❖ A l'Éternel mon Dieu le Tout Puissant,**

Je Te remercie Seigneur de m'avoir accordé la grâce de Te connaître, de m'avoir accompagné pendant ces longues années d'études, de m'avoir guidé et soutenu dans la réalisation de ce travail. Tu as toujours été présent à mes côtés.

Honneur et gloire à Toi aux siècles des siècles au nom merveilleux de Jésus-Christ  
Amen !

***Puisse votre lumière éclairer et guider mes pas.***

### **❖ A mon pays le Mali,**

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

***Profond respect.***

### **❖ A mon père Pierre DIARRA et ma mère Louise KAMATE,**

Très chers parents, aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminant mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance. Inscrire un enfant à l'école aujourd'hui, c'est de lui donner, je dirai mille et une chances de réussite dans la vie.

Cet humble travail est les votre, que Dieu vous donne une longue vie et bonne santé.

***Amour infini et longue vie à vous.***

### **❖ Ma grande sœur Ruth DIARRA,**

Femme courageuse, dynamique, attentive, tu t'es toujours battue, sacrifiée pour ma réussite, je suis fier d'avoir une grande sœur comme toi.

Trouve ici le faible témoignage de mon affectueux attachement.

***Puisse l'Éternel nous unis chaque jour d'avantage.***

### **A mon tonton Siméon DIARRA,**

Que Dieu m'accorde le quart de cette humilité qui est la tienne.

Que l'Éternel des armées m'accorde la grâce de te faire bénéficier autant que possible du fruit de ce travail accompli ! Trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude

***Puisse l'Éternel comble tes attentes.***

- ❖ **Mes deux (2) sœurs disparues précocement à leurs bas âges Madeleine et Saran.**

*Paix à vos âmes que la terre vous soit légère.*

- ❖ **Mes sœurs : Marie, Djénéba, Djouma, Aminata, Alimata,**

Merci pour tout ces momenst de bonheur passé ensemble. Que le Tout Puissant nous accorde le privilège de partager encore beaucoup d'autres choses.

*Meilleures pensées.*

- ❖ **Mes frères : Emmanuel, Paul, Lassina, Bourama,**

Jamais je n'oublierai cette complicité qui nous a toujours liés .Je vous aime tel que vous êtes.

*Tendre pensées.*

- ❖ **Ma tante Dela DEMBELE,**

Ton cœur est grand alors ne change jamais on t'aime telle que tu es. Sincère remerciement et reconnaissance pour tout, merci pour vos soutiens inestimables.

*Tendre affection.*

- ❖ **Nanténin N'DAW,**

Tu es exceptionnelle et je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité et ton soutien sans faille. Toute ma vie ne suffirait pas pour te remercier, alors je laisse le soin au Tout Puissant de te combler de sa grâce et de t'assister dans toutes tes entreprises comme tu l'as fait pour moi. Je t'aime bien telle que tu es, ne laisse rien te changer.

*Tendre affection.*

- ❖ **Mes amis,**

Soumeila Sow, Zakariaou Gnono, Abdoul K arim Tabouré, Bourama Santara, Etienne Konaté,Hana K Coulibaly.

*Tendre pensés et brillantes carrières à vous.*

- ❖ **Ma très chère Cousine Marie Dembélé toute la famille Dembélé à Ségou :**

Merci pour la particulière hospitalité légendaire Segouvienne.

*Meilleures pensées.*

# *REMERCIEMENTS*

## REMERCIEMENTS

- ❖ Tous mes maîtres de premier cycle, second cycle, et du lycées Doukoukolo KONARE de Kayes (L.D.K.K) pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.
- ❖ Tous mes professeurs de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie pour la qualité de l'encadrement.
- ❖ A mes pères et Oncles :

Levis KAMATE, Yohana COULIBALY, Kouane DIARRA, Jaque DIARRA, Gabriel DIARRA, Benzamin KAMATE, Paul DIARRA, Jean B DIARRA, Samacri Isaac, DIARRA, Ruboa, DIARRA, Alassane DEMBELE.

- ❖ Mon Pasteur Phelix DEMBELE

- ❖ Mes tentes :

Rod DIARRA, Paullette DIARRA, Adeline, Sitan DEMBELE, safiatou DEMBELE, Salimata DIARRA.

- ❖ Mes cousines et Sœurs : Elisabeth DIARRA, Mariam DAKOUO dite Maya, Dina KAMATE, Psyra KAMATE, Rachelle DIARRA dite Rochia, Alice DEMBELE.

- ❖ Mon ami d'enfance Feu Joël THERA

- ❖ Mes frères:

Abraham DIARRA, Emanuel DIARRA.

- ❖ Mes amis :

Boubacar B DIARRA, Bâ-Issa DEMBELE, Bouna SANOGO, Moussa KEITA, Mohamed SYLLA, Dramane COULIBALY ; Moussa DIARRA, Thierno DIARRA, Modibo DIARRA, Mohamed C DIARRA.

- ❖ Mme Timbo Oumou Touré pour son soutien moral et ses beaux conseils.

❖ Les familles : Ousmane TIMBO à Magnambougou, TABOURE à Kita, Ali GNONO à Sokolo et Segou, Phelix DEMBELE à Djenné, DAKOUO à Magnambougou, Pière DEMBELE à Segou.

- ❖ Toutes les familles DIARRA de Bamako, Mafouné, Mandiakyi, Mopti.

- ❖ Cheick Fanta Mady DOUMBIA CSREF CV

- ❖ Assetou DIALLO Cyber Café Badial. Net Worck

❖ Issa BAGAYOKO BSTC-Mali

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

❖ A tous mes amis et parents dont je tais les noms, sachez vous reconnaître et soyez assurés de ma grande sympathie.

❖ Yacouba KONE interne au CSRef V

❖ Docteurs : TRAORE Oumar M ; DIAKITE Gaoussou ; SIMA Mamadou ; Mamadou G DIARRA ; DEMBELE B.T COULIBALY K ; TOGO Abdrahamane ; KONE Idrissa, CISSE Ibrahim.

❖ Tous mes camarades de classe de la Faculté de Médecine Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie pour les moments de souffrance et de bonheur fraternellement partagés tout au long du cycle.

❖ Tous les internes du centre de santé de référence de la commune V.

❖ A tous le personnel du centres de santé de Sokolo, Djenné, Hôpital de Kayes, clinique « Gabriel SULTAN » ; « Cabinet Médical Doumaré Ameré » Cabinet Médical Avicenne.

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

❖ Mes mères et sœurs sages femmes du centre de santé de référence de la commune V pour la collaboration et enseignements fournis pour la réussite de ce travail.

❖ Tous les médecins, Anesthésistes, Infirmiers aides-soignants, instrumentistes, garçons de salle, Gardiens pour la collaboration fructueuse pour la réalisation de ce travail.

❖ Tous les Médecins et Sages-Femmes stagiaires des centres de santé de l'intérieur du pays et d'ailleurs ayant séjourné au centre de santé référence de la commune V pour apprendre et servir.

❖ Tous les militants et sympathisants de :

- A.E.E.R.S : Association des Elèves et Etudiants Ressortissants de Sokolo

- A.EE.R.K : Association des et Etudiants Ressortissants de Kayes

- Espoir Club de Kayes.

❖ A tous le personnel du programme d'appuis aux collectivités territoriales (PACT) de Segou.

*HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DE JURY*

## **A notre Maître et Présidente du jury:**

***Professeur SY Assitan SOW***

***Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la FMPOS***

***Chef du service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de bamako.***

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce modeste travail qu'il nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Nous sommes fières d'être votre élève et nous manifestons le désir de continuer à demeurer auprès de vous pour apprendre la médecine.

Vous êtes restées toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Le sens très élevé du devoir, l'amour du bienfait, l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves ont forcé notre estime et notre admiration.

Veillez trouver ici, cher maître et chère maman, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

**Professeur Mamadou TRAORE**

**Professeur Agrégé de Gynécologie obstétrique**

**Secrétaire Général adjoint de la SAGO**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.**

**Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.**

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant au sein de votre structure.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servirons, de toute notre vie, de la méthodologie de travail que vous nous avez inculquée.

Veillez accepter cher maître notre reconnaissance et notre haute considération.

## **A notre Maître Membre du Jury**

**Docteur DOUMBIA Seydou**

**Médecin épidémiologiste**

**Titulaire d'un PhD en Epidémiologie**

**Assistant en santé publique à la Faculté de Médecine, de pharmacie et Otonto-Stomatologie**

**Chef de l'unité d'Epidémiologie et du système d'Information Géographie au Malaria research and training center, de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'Otonto-Stomatologie de Bamako.**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Au cours de cette étude nous avons pu apprécier votre simplicité et votre humilité dans le travail de tous les jours.

Ce travail est le votre, recevez ici l'expression de notre reconnaissance éternelle.

## **A notre Maître Membre du Jury**

**Docteur TRAORE Soumana Oumar.**

**Gynécologue Obstétricien**

Cher Maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

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

L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche médicale et par-dessus tout votre extraordinaire humilité font de vous un des plus beaux fleurons de l'intelligence nationale.

Recevez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

# *ABBREVIATIONS*

**Bdcf : Bruit du cœur fœtal**

**Cm : centimètres**

**D.dynamique : dystocie dynamique**

**D.mécanique : dystocie mécanique**

**IMCM : institut malien de conseils en management**

**LC : liquide amniotique clair**

**LM : liquide amniotique méconial**

**LT : liquide amniotique teinté**

**LT bdcf anormaux : liquide teinté avec des bruits du cœur du fœtus anormaux**

**M. Bracht : manœuvre de Bracht**

**M. Mauriceau : manœuvre de Mauriceau**

**P.cordon : procidence du cordon**

**SA : semaine d'amenorrhée**

**S.complet : siège complet**

**S.decomplété : siège complété**

**SFA : souffrance fœtale aigue**

**SIDA : sacro iliaque droite antérieure**

**SIDP : sacro iliaque droite postérieure**

**SIGA : sacro iliaque gauche antérieure**

**SIGP : sacro iliaque gauche postérieure**

**< : Inférieur à**

**≤ : inférieur ou égal à**

**> : Supérieur à**

**≥ : supérieur ou égal à**

**% : pourcentage**

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>III. GENERALITES .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. METHODOLOGIE .....</b>	<b>37</b>
<b>V. RESULTATS .....</b>	<b>41</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
<b>VIII. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>64</b>
<b>IX. REFERENCES .....</b>	<b>66</b>
<b>X. ANNEXES.....</b>	<b>73</b>

# *INTRODUCTOIN*

## **I. Introduction :**

Aussi vieille que l'humanité la présentation du siège reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique [1]. L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt en partie à cause de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale associée [1]. Si les causes classiques réparties en quatre groupes qui sont : les causes utérines congénitales ou acquises, les causes ovulaires, les causes pelviennes, et les causes fœtales sont facilement retrouvées, il est important de considérer les présentations du siège sans cause déterminable[2]. Si aucun accouchement ne se présente mathématiquement, sans risque, l'accouchement du siège est particulièrement exposé à des risques comme la souffrance fœtale avec ses séquelles à court ou long terme et de la mort néonatale [1,6].

Ces risques de mortalité et de morbidité fœtales sont de 5 à 10 fois plus importants que dans les accouchements du sommet [3].

L'histoire contemporaine de l'accouchement par le siège montre que malgré l'amélioration notable du pronostic fœtal, des divergences subsistent en ce qui concerne les attitudes thérapeutiques [3]. La multitude des facteurs pronostics de l'accouchement en présentation du siège empêche de définir une attitude thérapeutique standard face aux cas d'accouchements dystociques [4]. La version par manœuvre externe proposée par certains auteurs est contestée par d'autres car reprochée d'être souvent impossible surtout chez la nullipare, elle peut être dangereuse car pouvant entraîner la mort du fœtus par décollement du placenta ou accident funiculaire. La version par manœuvre externe a été réintroduite à l'obstétrique moderne comme une alternative sûre et efficace pour l'accouchement du fœtus en présentation du siège [5]. La préoccupation des obstétriciens est de considérer le devenir psychomoteur de l'enfant né, et non ou une simple extraction d'un fœtus même au prix des techniques les plus raffinées du monde [1]. Une surveillance prénatale correcte, l'établissement d'un bilan obstétrical materno-fœtal, et la prise en charge néonatale précoce contribuent à améliorer le pronostic fœtal des accouchements du siège [5].

En Afrique l'incidence des accouchements varie est de 1,52% à 5,4% [6].

Au Mali selon une étude prospective transversale cas témoins faite en 2001 au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako avait retrouvé un taux de 1,42% sur l'ensemble des parturientes [7].

Aujourd'hui notre étude porte uniquement sur les primipares car la césarienne systématique est l'usage de certaine école en cas de présentation de siège chez une primipare. Cette étude a pour but d'apprécier le pronostic foetal chez la primipare et les possibilités d'accouchement par les voies naturelles.

Elle est la première du genre dans notre structure sanitaire.

# *OBJECTIFS*

## **II. Objectifs :**

### **1. Objectif général :**

Etudier l'accouchement en présentation du siège chez les primipares à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement en présentation du siège chez les primipares.
- Evaluer le pronostic maternel et fœtal.
- Formuler des recommandations.

# *GENERALITES*

### **III. Généralités :**

#### **A. Définition :**

La présentation du siège, ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle, l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact direct avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [8,9].

#### **B. Modalités :**

On pose deux modalités principales de présentation du siège :

- Le siège complet (moins de 1/3 des cas) : les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles mêmes modérément fléchies sur le bassin. Le fœtus semble être assis en tailleur et les membres inférieurs repliés augmentent les dimensions de la présentation.
- le siège décomplété mode des fesses est le plus fréquent (2/3 des cas environ) : les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale. Deux autres modalités sont rares [9,15].
- Le siège décomplété mode des pieds où le fœtus est debout dans l'utérus.
- Le siège décomplété mode des genoux où le footling breech des auteurs américains où les membres inférieurs semi fléchies sous le siège constituent une source de complication.

#### **C. Epidémiologie :**

La présentation du siège est une présentation fréquente.

- Au Mali, DICKO B. [7] a retrouvé 1,42% au centre de santé de référence de la commune V et DEMBELE A. [2] a retrouvé 1,72% dans les maternités du District de Bamako.
- En Afrique ; Ilesammi O A. [10] a retrouvé 2,1% au Nigeria ; Rachidi R. [11] 3,87% en Tunisie.
- Ailleurs : Rosenou L.[12] a retrouvé 3,2% en France, Sheer K.[13] 13% et Hill L M.[14] 7% aux Etats-Unis.

#### **D. Facteurs favorisants :**

Dans la présentation du siège, la loi d'accommodation de PAJOT (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut [15]. Pendant les deux premiers trimestres de la grossesse, la tête constitue le pôle fœtal le plus important en volume. La cavité

utérine devient puriforme en raison de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste de l'utérus qui est le fond. Le fœtus qui est lui-même animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse : au début du troisième trimestre c'est souvent le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siège qui le dévient. Le fœtus exécute alors une « culbute physiologique » et transforme sa présentation pelvienne en céphalique. Cette théorie permet de comprendre la fréquence des sièges aux cours des accouchements prématurés. Cette présentation peut persister jusqu'à terme [9]. Ainsi n'y a-t-il pas de présentation de siège sans causes, trois ordres de conditions disposent à cette présentation en créant le trouble de l'accommodation :

- L'anomalie des formes et de trophicité de l'utérus de certaines primipares ;
- Un élément surajouté qui inverse les rapports de volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus (volumineux fibromes sous-muqueux du fond utérin, volumineux placenta du fond utérin), ou empêche l'accommodation de la tête ou détroit supérieur (hydramnios).

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

### **1. Facteurs d'origine maternelle :**

Celles-ci sont congénitales ou acquises :

#### **a) Facteurs de risque d'origine congénitale :**

L'hypoplasie utérine avec cavité plutôt cylindrique et hypertonique s'oppose à la culbute physiologique favorisant le siège décomplété mode des fesses s'observant surtout chez la nullipare [9,15]. Les malformations utérines (utérus : unicornes, didelphes, cloisonnés) modifient les axes intra-utérins favorisant les présentations podaliques récidivantes. La pratique de l'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les révéler [9]. Ces malformations représentent 0,5 à 3% des accouchements [16].

#### **b) Facteurs de risque d'origine Acquises :**

- L'hypertrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipares sont mal étoffés ou mal constitués. D'autres sont étroits et cylindriques ; le fond n'est plus large que le bas leur paroi manque de souplesse, le fœtus y est à étroit, d'autant plus enserrer que l'oligoamnios est habituel. Cette hypertrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement, si non on peut

observer, comme dans les malformations, des présentations du siège récidivantes [8].

- La primipare âgée avec un utérus hypertonique est une candidate au siège décomplété [15].
- Les tumeurs intrinsèques (fibromes du fond utérin notamment 1,6%) qui déforment la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres utérines favorisent également la présentation podalique [9,15].
- Les tumeurs extrinsèques (kystes de l'ovaire, fibromes pédiculés sous séreux 1,5% des grossesses) [16].
- Le rétrécissement du détroit supérieur dont l'influence est théoriquement possible, quoique peu importante en pratique pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale [9].

## **2. Facteurs de risque d'origine ovulaire :**

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

- **Les anomalies du liquide amniotique** : il peut s'agir de l'insuffisance ou de l'excès de liquide amniotique qui peuvent intervenir directement, mais pour lesquels il faut toujours se demander s'il ne s'agit pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de POTTER, hydramnios de la trisomie 18)[11].

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

L'excès de liquide amniotique est relativement fréquent : 6% mais l'affection dans la forme d'hydramnios vrais se trouve dans 0,6% des cas [16].

- **La Brièveté du cordon** : elle est d'autant plus rare lorsqu'elle est plus accentuée : 4% des cordons de fœtus à terme mesurent entre 35 à 40 cm et 1 sur 5000 ont moins de 20 cm [8].

- **Enroulements du cordon** : circulaires et bretelles : l'enroulement le plus fréquent se fait autour du cou prenant le nom du circulaire. Le circulaire peut être serré entourant de près le cou du fœtus ou lâche.

Il y a 17,2% d'enroulement lâches du cordon contre 6,2% d'enroulement serrés [16].

- **Placenta praevia** : cette fréquence est purement anatomique, n'a pas d'intérêt pratique. Au point de vue clinique, le placenta vicieusement inséré est celui qui

donne des accidents hémorragiques. Sous cette réserve, il a été observé 331 sur 80.000 accouchements au centre Foch, soit 0,4% [16].

### **3. Facteurs de risque d'origine fœtale :**

Elles sont représentées moins par la dolichocéphalie primitive, qui existe mais semble rare, que par l'hyper extension de la tête dernière et surtout les anomalies et malformations congénitales [9]. La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège : 6,3% contre 2,4% [17].

Ces malformations fréquentes [17 ; 18 ; 19] affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...) ou son activité (spina-bifida, myéloméningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18). Les hydrocéphales dont la tête est plus volumineuse que le pôle pelvien, se présentent souvent par le siège, se conformant ainsi à la loi de l'accommodation, dans tous les cas , la modalité de la présentation est soit le siège complet, soit le siège décomplété[8]. Cette fréquence de malformations mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique. Des auteurs, surtout américains, considérant cette fréquence et celles des morts in utero, suggèrent que dans nombre de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité » [9]. Ceci entraînerait une diminution d'activité fœtale, cause de l'absence de mutation spontanée, et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations céphaliques, et pourrait expliquer les séquelles mineurs décrites chez les enfants nés par le siège, quel qu'ai été le mode d'accouchement [9]. Plusieurs éléments étayent encore ce possible notion de fœtus de « moindre qualité » :

- **Poids** inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentations céphalique [20].
- **Position**, mais non la présentation en siège, est un facteur prédictif de lésions neurologiques anténatales sévères (diplégie, quadriplégie, hémiparesie, dyskinésies importantes) [21].
- **Déficits en GH** (hormone de croissance) « idiopathique » significativement associés à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [22,23].
- **Hyper extension de la tête dernière** : elle est une conséquence de la présentation, mais on peut la classer dans ce chapitre car elle fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. L'anomalie résulte d'une hyper lordose

de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et que la nuque vient au contact du dos.

Elle fut initialement considérée comme une particularité ne contre-indiquant pas la voie basse, mais très vite on approchait certaines lésions médullaires observées à la suite d'accouchement par le siège [24,25]. Ces lésions nerveuses sont surtout représentées par des sections médullaires complètes, les hémorragies cérébro-méningées, les décès par asphyxie lors des accouchements par voies basse, alors qu'aucune lésion grave n'était signalée dans les cas de césarienne[26]. Malgré le risque considérable que cette attitude fait courir au fœtus en cas d'accouchement par les voies naturelles, des lésions pouvant se continuer in utero (élongation médullaire, fractures vertébrales) ont été observées chez des enfants nés par césariennes [9].

Toutes déflexion dépassant la « militari 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 [27]. La fréquence de cette anomalie est diversement appréciée car entre celle-ci et la flexion normale, des stades intermédiaires existe [27].

Ces étiologies doivent être recherchées avant l'accouchement, car elles constituent autant de facteurs pronostiques susceptibles d'influencer la marche de l'accouchement comme la conduite thérapeutique. Mais il faut convenir que, souvent, on ne peut mettre en évidence une cause précise : la présentation résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation [28].

#### **E. Diagnostic :**

Pour éviter les interventions malheureuses et réduire la mortalité et la morbidité fœtale, il est indispensable de diagnostiquer les présentations du siège bien avant l'accouchement. L'échographie systématique faite vers la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir un diagnostic précis [9]. Ce diagnostic doit être fait au troisième trimestre avant tout début de travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et au choix de la voie d'accouchement [15].

#### **1. Diagnostic pendant la grossesse :**

##### **a) Signes cliniques :**

- **L'interrogatoire** : Peut relever l'existence d'une douleur ou d'une gêne sous-costale, traduisant la compression de la paroi abdominothoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin.
- **L'inspection** : Montre que l'utérus est à grand axe longitudinal, parfois chez la primipare, on remarque sa forme étroite cylindrique [8,9].
- **La palpation** : Elle consiste le geste essentiel pour le diagnostic et doit donc toujours être exécutée avec attention [9]. Au niveau ou plutôt, au dessus du détroit supérieur, le palper reconnaît un pôle irrégulier assez volumineux quand il s'agit d'un siège complet, plus rond, plus régulier et ferme quand il s'agit d'un siège décomplété[9]. A l'opposé, dans le fond utérin on trouve un pôle dure, régulier, arrondi, qui ballote d'une main à l'autre et correspondant au pôle céphalique. D'un côté, la palpation révèle un plan convexe, uniforme et régulier : le dos ; et entre celui-ci et le pôle céphalique une dépression : le sillon du cou constitue le signe le plus sûr confirmant le diagnostic. Parfois « deux dos » sont perçus ; après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décomplété [15].
- **L'auscultation** : Mettrait en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus haut situé, dans la région péri ombilicale voire sus ombilicale bien que cela paraisse sans grande fiabilité [9,15].
- **Le toucher vaginal** : Fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis et qui ne peuvent guère que corroborer les données du palper [9]. Cela tient à ce que l'excavation soit fréquemment vide, surtout en cas de siège complet. Quand il s'agit d'un siège décomplété engagé ou en voie d'engagement, la confusion est facile avec un sommet à moins qu'on ait déjà été orienté [8,9]. Le diagnostic clinique au cours de la grossesse n'est donc évident d'autant plus que tous les signes peuvent être mis en défaut [9] :
  - Une paroi abdominale épaisse, un utérus tendu, réduisent les possibilités du palper.
  - Si la tête fœtale est fixée dans une corne utérine, on ne retrouve pas le ballotement ;
  - Quand elle est très fléchie, le sillon du cou est moins perceptible.

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

### **b) Signes radiologiques :**

La radiographie du contenu utérin, ou mieux l'échographie permet de faire ou de confirmer le diagnostic. Cette dernière à l'avantage d'aider à l'estimation du poids fœtal [8].

### **2. Diagnostic pendant le travail :**

Ce diagnostic repose principalement sur les données du toucher vaginal

#### **2-1 Avant la rupture des membranes :**

En étant prudent avec la poche des eaux intactes qui est un élément majeur de dilatation cervicale, il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions [9,15] :

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

#### **2-2 Après la rupture des membranes :**

Le diagnostic est plus facile, précisant le mode et la variété de position [9] :

- On reconnaît deux masses molles et lisses, les fesses séparées par un sillon longitudinal, le sillon inter fessier, centré par un orifice : l'anus.
- L'une des extrémités du sillon est occupée par une saillie pyramidale en chapelet, le sacrum repère de la présentation, et dont la situation par rapport au détroit supérieur donne la variété de position.
- A l'autre extrémité du sillon, on peut percevoir les organes génitaux, et les pieds en cas de siège complet, situés entre le siège et la paroi pelvienne.
- Dans le cas d'un fœtus en présentation du siège décompté mode des fesses, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli inter fessier [15]

En cours de travail, la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie [8].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait encore se discuter avec [9] :

- Un sommet déformé par 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 [15]. Seule la variété de position initiale est prise comme repère, suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage ; quatre variétés sont ainsi différenciées [15] :

- 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.

#### **F. Accouchement normal :**

**1. Phénomène mécanique :** Alors que, dans les présentations céphaliques, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège : celui des sièges, celui des épaules et celui de la tête dernière [8]. Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend pour sa part, engagement, descente et rotation, dégagement [8]. Une autre particularité est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelles.

Enfin, la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc à la tête derrière dont la compatibilité avec le bassin doit être correctement estimée sous peine d'une dystocie, qu'il n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites [8]. La conception moderne du déroulement de cet accouchement repose sur trois principes [9] :

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

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

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

#### **a) L'accouchement du siège :**

- **Engagement** : Cet engagement est précédé d'une orientation qui amène la 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 [9].

Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir [8]. Le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement, toujours facile et précoce dans le siège décompleté, est plus laborieux dans le siège complet [8,9].

- **Descente et rotation** : Dans l'excavation, le siège progresse en effectuant une rotation en même temps que la descente ou après elle sur le périnée, mais cette rotation n'est jamais que d'un huitième de cercle. La rotation amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure la rotation se fait en arrière ; s'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin. La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure se cale sous la symphyse pubienne [8 ; 9].

- **Dégagement** : Il s'effectue par une sorte d'enroulement autour de la symphyse pubienne. La hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la cavité sacro coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur, jusqu'à ce qu'elle ait

franchi la commissure vulvaire [8,9]. Ce mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne qui amène le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres inférieurs soient libérés [9]. Ce mouvement est facial dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est plus difficile dans le siège décomplété, voire spectaculaire car les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc empêchent l'incurvation latérale.

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

#### **b) Accouchement des épaules :**

- **Engagement** : Cet engagement est précédé d'une rotation qui place le diamètre bi acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur [8,9]. Soit dans le même que celui qu'a emprunté le bitrochantérien celui-ci ayant fait hors la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière. Soit dans l'oblique opposée, lorsqu'il s'agissait d'un sacro-iliaque postérieur, le fœtus continuant son mouvement de spire qui amènera le dos en avant.

- **Descente et rotation** : Elles sont simultanées ou successive. La rotation amène le bi acromial dans le diamètre transverse du détroit inférieur, secondaire au mouvement d'enroulement du pôle pelvien précédemment décrite [8,9].

- **Dégagement** : Le dégagement des bras et des épaules se fait à l'une et l'autre extrémité du diamètre transverse successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve, cependant que le dos est orienté en avant [8,9].

#### **c) Accouchement de la tête dernière :**

- **Engagement** : Est précédé d'une orientation de sorte que son plus grand diamètre occupe le diamètre oblique perpendiculaire à celui qu'avaient utilisé les épaules, et surtout d'une flexion, faisant aborder le détroit supérieur suivant le diamètre sous occipito frontal (11cm)[7]. Cet engagement se fait occiput en avant ; en revanche la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage [8].

- **Descente et rotation** : Dans l'excavation, elle descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place sous la symphyse pubienne [9].

- **Dégagement** : Grâce à ce point d'appui, elle se fléchit et la nuque servant de pivot, le menton, la face, puis le crâne se dégage successivement au niveau de la commissure postérieure de la vulve.

## **2. Phénomènes dynamiques et plastiques :**

### **a) Phénomènes dynamiques :**

Contrairement à certaines opinions classiques, ils ne présentent guère de particularités. La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans les présentations du sommet [9]. Mais en règle « la lenteur de la dilatation ne doit pas être considérée comme une conséquence normale de la présentation de siège. Elle traduit soit une dystocie dynamique qu'il faut corriger soit une dystocie mécanique qu'il importe de préciser » [29]. 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 [8]. Dans les sièges complets, on observe peut être un début du travail qui traîne, jusqu'à ce que la présentation prenne un contact suffisant avec le segment inférieur [9]. La progression du siège est parfois arrêtée dans l'excavation [8]. L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus [8]. 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 fléchit, une dystocie grave se continue, rendant en général impossible l'accouchement de la tête derrière.

A cette importante variété de rétention de la tête derrière il faut en ajouter deux autres [8] :

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

### **b) Phénomènes plastiques :**

Chez les enfants nés par le siège, on observe un certain nombre de déformations ou de lésions [3]. Les plus fréquentes résultent de la pression longtemps exercée par la

paroi utérine, au cours de la grossesse, surtout si le liquide amniotique est peu abondant, sur le corps du fœtus mal accommodé :

- Aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolichocéphale transitoire.
- Atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires, plus graves car elles vont persister, entraîner des séquelles nécessitant des traitements.
- Atrophie de l'angle maxillaire inférieur, qu'accompagnent souvent un torticolis congénital ou même une paralysie faciale homolatérale due à l'attitude inclinée de la tête sur l'épaule correspondante.
- Atrophie du rebord cotyloïdien, due à l'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 musculoligamentaire aboutissant au pied-bot varus équin.

D'autres malformations, plus rare, surviennent au cours de l'accouchement et affectent l'appareil génital du fœtus : hématome des lèvres chez la fille, nécrose du scrotum chez le garçon. Ces lésions s'observent surtout en cas de siège décomplété, de rupture prématurée des membranes, de travail prolongé. Une fréquence inhabituelle et significative d'atrophies testiculaires a été signalée par certains auteurs [30,31]. La bosse sérosanguine siège sur les talons (siège complet), les fesses, les organes génitaux [8]. Il est assez fréquent d'observer une infiltration hématique du testicule et du cordon qui pourrait à son tour favoriser une torsion du testicule. On doit donc en règle examiner attentivement les bourses de tout garçon né en présentation du siège, par la palpation et la transillumination qui permet d'éliminer une hydrocèle ; l'exploration chirurgicale peut être nécessaire pour faire la distinction entre torsion et simple hémorragie intra testiculaire [9].

#### **Particularités physiopathologiques :**

De toute évidence, la façon dont est disposée ici le corps du fœtus et ses annexes favorisent des perturbations au niveau de la circulation foetoplacentaire [9]. 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 fœto-placentaire sont réduites sinon interrompues ». Mais les enregistrements du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence deux faits très importants [32 ; 33 ; 34] :

- L'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration [33,34] ;
- La possibilité d'anomalies de la dilatation est sans cause apparente [32]. Celles-ci seraient même si fréquentes que l'on compare l'accouchement par le siège à une latérocidence du cordon [34].

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal apparaît donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement, car le monitoring représente le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister les anoxies qui peuvent survenir surtout à la phase d'expulsion qui représente une période d'hypoxie par excellence [9]. Ces phénomènes physiologiques n'ont de particularités que chez la primipare.

A l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe s'ajoutent souvent des anomalies de la contraction utérin surtout sous forme d'hypertonie, parfois localisée ; des anomalies de la dilatation du col, celle-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.

#### **G. Anomalie de l'accouchement :**

Quand elles s'observent au cours de l'accouchement par le siège, les anomalies, même banales, revêtent une importance particulière car elles n'ont que trop tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications [9].

- **Rupture prématurée des membranes** : Elle est deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences de membres et ou du cordon et est le prélude à des anomalies de la dilation [9]. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque Lacomme en 1956 voyait dans ce cas doubler la mortalité périnatale [28].

- **Dystocie dynamique** : Qu'il s'agit d'anomalies par excès ou par défaut, elle risque de créer, en plus de leurs effets habituels, des conditions très défavorables pour l'expulsion : dilatation incomplète, contraction de médiocre qualité qui, à leur tour favorisent le relèvement des bras et rétention de la tête dernière [9].

- **Procidence du cordon** :

Elle s'observe beaucoup plus fréquemment, surtout dans les sièges complets, mais serait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques [9]. Cette

moindre nocivité qui était une notion classique « la compression funiculaire y étant plus rare », est contestée par ces deux remarques [35].

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

Ici également la procidence du cordon exige une solution rapide et le fait qu'elle soit un peu mieux tolérée permet le temps d'apporter un traitement adapté [36,37].

- **Anomalies mécaniques pendant l'expulsion** : Peuvent également s'observer : retard à l'engagement du siège, descente laborieuse, rotation du dos en arrière l'accrochage du menton au dessus du pubis, relèvement d'un ou des deux bras et en fin rétention de la tête dernière[38]. Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper extension de la tête fœtal, de même que l'absence de toute intervention prématurée, ont considérablement réduit l'importance de ces anomalies [38]. L'accouchement par le siège reste cependant un accouchement qui peut réserver ce genre de surprises, même dans les cas les plus favorables et les mieux conduits [38,39]. La possibilité de l'existence d'un« bras nuqual » ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications comme l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsions néonatales nécessite, la réalisation d'une étude radiologique de fœtus en début du travail et indiquer une césarienne si cette malposition est constatée [40].

#### **H. Pronostic [8] :**

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

## **1. Pronostic maternel :**

- **Morbidité** : Les lésions des parties molles très fréquentes sont les déchirures du col, du périnée, avec des graves atteintes vésicale et anorectale surtout pour les accouchements mal dirigés avec des extractions brutales du fœtus. Ces déchirures périnéales peuvent être prévenues dans les cas bien surveillés et bien conduits lors de l'accouchement par une large épisiotomie chez la primipare. Des complications infectieuses peuvent apparaître favorisées par la rupture prématurée des membranes, les interventions, les lésions périnatales. La principale de ces complications est l'endométrite [38].

- **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 considérer le problème [38]. On enregistre désormais un nombre croissant de statistiques de césariennes sans mort maternel, ou avec un faible taux de mortalité [41 ; 42 ; 43]. Cette diminution du risque mortel de chaque césarienne se voit contrebalancée par la multiplication des interventions [44]. La césarienne augmente également la morbidité : manifestation thromboemboliques, infections, syndrome de Mendelson, iléus paralytique, péritonites, plaies de la vessie ou vasculaire, sans compter les conséquences lointaines : césariennes itératives, occlusions sur brides. La morbidité est plus élevée qu'après les accouchements par les voies naturelles [9 ; 45]. 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 fœtal, de réduire le taux de césarienne, notamment dans les accouchement par le siège [46 ; 47 ; 48].

Le pronostic foetal est capital dans l'étude de cette présentation, il convient d'étudier [9] :

- 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 d'éléments pronostic.

## **2. Pronostic foetal :**

- **Anatomie et physiopathologie des accidents** : Les principales lésions fœtales enregistrées dans les cas d'accouchements avec morts fœtales sont : les malformations, les lésions intracrâniennes, les atélectasies pulmonaires, les lésions pulmonaires traduisant une asphyxie, et les lésions viscérales, dans les grandes

extractions [49]. D'autres lésions particulières sont décrites, à type d'occlusion des artères vertébrales par hémorragies intra adventitielles, la dislocation de la région occipital avec hémorragie de la fosse postérieure, « rush syndrome » ou hyperbilirubinémie secondaire à des attritions musculaires [50 ; 51 ; 52] parmi ces lésions particulières, l'on peut citer l'acidose fœtale parce qu'elle traduirait un degré d'anoxie susceptible d'entraîner des séquelles [53]

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

- Le taux élevé des malformations congénitales surtout chez les prématurités et les fœtus de petit poids [54 ; 55; 56] ;
- 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.

- **Mortalité** : Elle comprend 3 sortes d'accidents :

- Des morts fœtales in utero, sans cause évidente, dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet, surtout avant la 36<sup>e</sup> semaine mais encore jusqu'aux derniers jours de la grossesse [17].
- Cette fréquence conforte la notion de fœtus de « moindre qualité » dans certains cas de présentation du siège ;
- Des malformations et anomalies congénitales dont les fréquences sont multipliées par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des morts néonatales ;
- Une « mortalité obstétricale » directe liée au déroulement et de la conduite de l'accouchement, dont l'importance est difficile à préciser.

- **Morbidité** : Elle doit être d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement, car dans la mesure où la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance[9].

- **Accidents immédiats** :

Etat de souffrance cérébrale, avec détresse respiratoire, acidose, nécessité de réanimation ; puis état de mal convulsif dans les formes sévères ou hypotonie et hyperémotivité dans les formes modérées. Suivant leur importance, ces états peuvent entraîner une mort néonatale, guérir totalement ou laisser des séquelles (convulsions, retards psychomoteurs, infirmités motrices d'origine cérébrale) [57].

Lésions nerveuses périphériques, dont la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial, ou plutôt de ses racines supérieures avec paralysie du membre supérieur. En général, il s'agit d'une élongation des nerfs ; mais quand il y a rupture des filets nerveux, la paralysie persiste nécessitant un traitement orthopédique afin de corriger l'attitude vicieuse du membre. L'association de ces paralysies à une atteinte du ganglion sympathique cervical supérieur et de la racine accessoire du nerf phrénique issue de la C5 détermine respectivement le syndrome de Claude Bernard-Horne et des troubles respiratoires importants [9].

Lésions musculaires diverses : hématomes, spécialement du sterno-cléido-mastoïdien ; écrasement, contusion intéressant surtout le siège et les membres inférieurs. Elles s'observent surtout chez les prématurés après rupture des membranes, procidence d'un membre et plus encore après manipulations brutales du fœtus ; elles sont parfois très étendues et pourraient entraîner une hyperbilirubinémie sévère ou une coagulation intra vasculaire disséminés [50].

Fractures variées : il s'agit de la clavicule au cours de la manœuvre de Mauriceau ; de l'humérus ou de fémur, ou encore de décollement épiphysaire, lors de l'abaissement d'un membre quand on le saisit par le milieu de la diaphyse au lieu son extrémité distale. Elles sont habituellement de bon pronostic mais quelques réserves s'imposent quand s'accompagnent de lésions nerveuses ou de déplacement importants au cours des luxations [9]. 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.

- **Comportement du nouveau-né** : Il est important de remarquer que même dans les conditions favorables, et en dehors de tout accident les nouveau-nés issus d'accouchement par le siège se présentent de façon moins favorable que ceux issus de la présentation du sommet. La présentation du siège constitue un facteur de risque en toutes circonstances, car le comportement immédiat du nouveau-né moins bon peut être amélioré par la césarienne bien indiquée et correctement pratiquée [58,59].

- **Devenir des enfants** : La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance [22,23] retentissement sur le développement antérieur et postnatal, et à un grand risque de mort subite inexplicée du nourrisson [28 ; 60]. Le problème essentiel de l'évaluation de 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 [3], car certains auteurs ne prenant en compte la morbidité lourde et d'autres intégrant les déficits mineurs « minimal brain dysfunction » ainsi que l'âge d'appréciation allant de 6 mois à 7 ans.

## **I. Conduite à tenir :**

### **A. Pendant la grossesse :**

Le diagnostic étant fait et les facteurs de risques établies, plusieurs attitudes sont possibles ; aussi, la conduite à tenir peut être conçue à partir de l'échographie systématique entre la 32<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> semaine qui tend à se généraliser, et offre entre autres avantages celui de mettre en évidence la présentation du siège [8]. Le diagnostic précoce permet :

- De mieux surveiller la fin de grossesse qui peut être considérée comme une grossesse à risque en raison de la fréquence avec laquelle s'observent les malformations, les anomalies congénitales, les souffrances fœtales et les accouchements prématurés [14].
- De tenter si l'on est un partisan une version par manœuvre externes vers la 36<sup>e</sup> semaine.
- D'établir un bilan des facteurs de pronostic maternels et fœtaux afin d'établir, ou tout au moins d'orienter ses décisions alors qu'on en a encore la pleine liberté.
- Actuellement, les éléments de pronostic ou plutôt leur interprétation diffèrent tellement suivant les auteurs que devant le problème de l'accouchement du siège trois attitudes sont observées :

### **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 [9].

Les données de la clinique et du cardiocographe permettront d'individualiser quatre types de situations qui déterminent la conduite à tenir [38] :

- **Le RCF est normal**, la dilatation progresse, normalement le siège s'appuie : attendre avec confiance, en maintenant la surveillance et sans rechercher à précipiter les choses avec une perfusion d'ocytociques.
- **Le RCF devient anormal**, même si la dilatation progresse, mieux vaut ne pas attendre, à intervenir par voie haute puisque l'engagement et l'expulsion constitueront des périodes encore plus critique pour le fœtus.
- **Le RCF est normal**, mais le travail n'avance pas régulièrement : établir un nouveau bilan recherchant une cause mécanique passée inaperçue et justifiant une césarienne. Sinon faire un traitement d'épreuve comportant la correction éventuelle des contractions insuffisantes par la pose d'une perfusion d'ocytociques administrée à la pompe et contrôlée par une mesure de la pression intra-amniotiques ; s'il s'agit d'un siège décomplété mode des fesses, on peut si besoin rompre les membranes afin d'augmenter l'appui de la présentation sur le segment inférieur et ainsi de faciliter la dilatation. Ces mesures doivent être suivies rapidement d'un résultat favorable, sinon il faut pratiquer une césarienne.

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

#### **Voie basse :**

La voie basse exceptionnelle avec un taux de césarienne élevé dont on peut douter les avantages et craindre qu'elle n'aggrave l'appréhension et l'incompétence vis à vis de cet accouchement [61]. La version par manœuvre externes est souvent légitimement tentée pour transformer la présentation du siège en sommet cela grâce à des moyens de surveillance et de traitement actuellement disponible [8].

#### **Césarienne systématiquement :**

Avant tout début du travail avec l'aggravation des risques maternels. Ces contre-indications à la voie basse peuvent être formelles ou relatives. Toute fois la notion d'utérus cicatriciel jusqu'à peu une contre-indication à la voie basse, en raison du risque de rupture en cas de manœuvres d'extraction ou de mauvaise dynamique de travail ne l'est plus sauf pour les utérus pluri cicatriciels et les hystérectomies segmentocorporéales [61 ; 62 ; 63]. Toute fois il y a aussi des indications classiques de la césarienne dans la présentation du siège.

## **B. Pendant le travail :**

« En présence d'un accouchement par le siège le premier devoir est de se rappeler que la présentation du siège peut être eutocique et d'avoir confiance [8] ». On envisagera donc l'accouchement avec calme en se gardant d'alarmer la patiente. De nombreuses présentations du siège sont acceptables. Il en résulte que la conduite à tenir lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement doit se réduire au minimum, les moyens psychoprophylactiques étant particulièrement utiles. Toutefois on se gardera de rompre trop tôt les membranes, elles le seront à partir de 6cm de dilatation [8].L'eutocie est fréquente chez nombre de primipare. 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 principes même dans des circonstances apparemment favorables [8] :

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

Cette idée d'eutocie tempérée n'est pas partagée par tous les auteurs, certains considèrent la présentation du siège avec une méfiance souvent excessive [8].

### **1. L'eutocie :**

Une contractilité utérine de bonne qualité, des contractions régulières, une souplesse interphasaire satisfaisante sont les garants d'une progression favorable de la dilatation du col. Dès maintenant apparaît l'éminente valeur pronostique de la régularité dans la contractilité utérine et dans la dilatation du col, régularité qui permet d'escompter le déroulement normal des phénomènes mécaniques [8].

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

**- Abstention presque complète : Méthode de Vermelin**

La patiente est mise en position gynécologique jusqu'à l'apparition de l'ombilic foetal, il n'y a rien à faire, si ce n'est parfois à aider le dégagement des membranes inférieures. A ce moment une anse peut être faite sur le cordon d'utilité contestable. Sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs, l'accouchement se produit de lui-même. Le dos du foetus tourne en avant, les épaules se dégagent toutes seules, puis la tête en flexion. L'enfant est recueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal [8]. Le rôle de l'obstétricien qualifié par Henrion de "manchot empereur" n'a été que celui d'un observateur attentif [64]. La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du foetus, 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 amorcée [8].

**- La manœuvre de Bracht :**

Dès qu'apparaissent les points des omoplates, le foetus 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 flexion [8].

**- L'expulsion assistée [8] :**

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

## **2. La dystocie :**

**A la présentation du siège se surajoute pendant le travail une complication :**

- **Placenta praevia :** Bien que la présentation du siège soit pour les insertions latérales théoriquement plus favorables que la présentation du sommet, l'indication de la voie haute est cependant fréquente en raison des accidents liés à l'insertion vicieuse [8].
- **Procidence du cordon :** Bien que le danger encouru par le fœtus soit moindre que dans la présentation du sommet, la césarienne est toujours indiquée chez la primipare.
- **Dystocie se manifeste en cours de travail :** Alors que le bassin et le volume foetal paraissent normaux, et qu'aucune complication n'est pas surajoutée, son expression est essentiellement dynamique.

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

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

D'ailleurs ces dystocies dynamiques irréductibles témoignent souvent d'une dystocie mécanique sous-jacente passée inaperçue [8].

- **Dystocie d'expulsion :** Elle peut être l'aboutissement d'une dystocie dynamique, ou la conséquence d'une faute au cours de l'expulsion (relèvement des bras). L'expression abdominale souvent ne doit pas être commencée avant l'expulsion des

épaules. Enfin la dystocie peut survenir sans cause apparente (rétention de la tête dernière dans l'excavation) [8].

- **Dystocie par relèvement des bras** : Fréquente au cours des grandes extractions, ne sont pas rare au cours d'une expulsion spontanée. En général les bras sont relevés en avant de la face. Pour cela on utilise :

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

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

- **Dystocie par rétention de la tête dernière** : Comportent deux types d'inégale gravité et d'inégale fréquence : la rétention de la tête dans l'excavation et la rétention de la tête au détroit supérieur, de la haute gravité ;

#### **Rétention de la tête dans l'excavation :**

**Manœuvre de Mauriceau** : Sa réussite dépend de la connaissance exacte de son exécution.

Introduire l'index et le médius de la main dont la paume regard le plan 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 mains sont placés de chaque coté du cou du fœtus sans être recourbés en crocher :

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

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

### **Application du forceps sur tête dernière :**

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

- Les cuillères 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 sou occiput sous la symphyse. Puis la traction est progressivement relevée pour fléchir la tête. Le menton se dégage de la commissure postérieure et la bouche apparaît.
- A partir de ce moment, on termine lentement le dégagement sans retirer le forceps avant l'extraction complète de la tête.

### **Rétention de la tête au détroit supérieur [8]:**

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, d'où une déflexion de la tête. La situation du fœtus

est quasi désespérée, surtout dans la première éventualité. Les opérations proposées manquent de précision et sont dangereuses pour la mère, périlleuses pour le fœtus habituellement le fœtus meurt pendant leur exécution ; il ne reste plus alors qu'à recourir au forceps sur tête dernière. C'est pourquoi le véritable traitement est préventif : estimation des proportions foeto-pelviennes par une radiopelvimétrie avant le travail et 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.

**- Fœtus mort se présente par le siège [8] :**

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

# *METHODOLOGIE*

#### **IV. Méthodologie :**

##### **1. Cadre d'étude :**

Notre étude a lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

##### **a. Organisation structurale :**

Le service de gynéco obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement
- Une unité de suites de couche
- Une unité pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Une unité de néonatalogie
- Une unité de PF (Planification Familiale)
- Une unité pour les consultations prénatales

Le centre est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique.

##### **b. Fonctionnement :**

Les consultations prénatales sont journalières

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le centre de santé de référence de la commune V et les CSCOM, les CHU du Point G et du Gabriel Touré, le CNTS ;

##### **Au niveau organisationnel du service de garde :**

##### **L'équipe dispose :**

- Quatre tables d'accouchement ;  
- Deux salles d'opération ;  
- Un dépôt de sang ;  
- Des kits des médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit crée sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après l'intervention.

- Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures 15 minutes réunissant le personnel du service, dirigé par le Chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 Heures durant la garde.
- Il y a quatre (4) jours de consultations et quatre (4) jours d'opération durant la semaine en dehors des urgences.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Lundi et Jeudi après le Staff.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur une série de cas d'accouchement par le siège chez les primipares. Ces cas ont été colligés entre Février 2005 et Janvier 2006.

## **3. Collecte des données :**

Notre collecte des données a lieu à partir de :

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

L'analyse des données a été faite sur le logiciel Epi Info 6.04b.

## **4. Population d'étude :**

Elle est constituée de toutes les primipares avec une grossesse mono fœtale ou gémellaire en présentation du siège (résidentes en commune V du District de Bamako ou hors de la commune V) admises pour prise en charge obstétricale à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako pendant notre période d'étude.

## **5. Echantillonnage :**

Il s'agit d'une étude exploratoire portant sur tous les cas d'accouchements par siège répondant aux critères d'inclusions et reçue au service pendant la période d'étude

## **6. Critère d'inclusion et de non inclusion :**

**a. Inclusion** : Ont été incluses dans notre étude, toutes les femmes primipares, admises pour le travail d'accouchement sur grossesse mono fœtale ou gémellaire dont le terme est  $\geq 28$ SA avec fœtus vivant ou mort en présentation du siège.

### **b. Non inclusion** :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- les multipares
- tout autre mode de présentation que le siège.

## **7. Variables étudiés :**

### **7.1 Variables liées aux caractéristiques sociodémographiques et médicales :**

- Age
- Profession
- Ethnies

- Niveau d'instruction
- Lieux de résidence
- Patientes référées /Evacuées ou non
- Problèmes associés à la grossesse

### **7.2 Variable liée au pronostic maternel :**

Complications maternelles

### **7.3 Variables liées aux pronostic foetal :**

- Terme de la grossesse
- Complications fœtales
- Apgar
- Poids
- Pathologies funiculaires
- BDCF
- Réanimation
- Pronostic foetal

### **7.4 Variables liées à l'accouchement :**

- Voie d'accouchement
- Manœuvres et ou Attitude

# *RESULTATS*

## **V. Résultats :**

**A. Fréquence** : au cours de notre étude nous avons enregistré 115 accouchements avec fœtus en présentation du siège chez les primipares sur un total de 1858 accouchements des primipares effectués à la maternité du centre de santé de référence de la commune V soit une fréquence de 6,2%.

### **B. Caractéristiques sociodémographiques des parturientes :**

#### **1. Age :**

**Tableau I** : Répartition des parturientes en fonction de l'âge.

<b>Age (en année)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤19	80	69,6
19-35	28	24,3
>35	7	6,1
Total	115	100

#### **2. Profession :**

**Tableau II** : Répartition des parturientes en fonction des professions.

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans profession	78	67,8
Fonctionnaire	6	5,2
Etudiante /Elève	8	7,0
Autres	23	20,0
Total	115	100

Autres : Vendeuse (7cas soit 6,0%), coiffeuse (5cas soit 4,34%), Aide ménagère (11cas soit 9,66%).

### 3. Lieu de résidence habituelle :

**Tableau III** : Répartition des parturientes en fonction des lieux de résidence habituelle.

Lieu de résidence habituelle	Effectif	Pourcentage
Commune V	85	73,8
Commune VI	13	11,35
Commune IV	3	2,65
Commune de Kati	14	12,20
Total	115	100

### 4. Ethnie :

**Tableau IV** : Répartition des parturientes en fonction de leur ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	33	28,7
Peulh	21	18,3
Malinké	8	7,0
Sonrhaï	10	8,7
Bobo	6	5,2
Senoufo	4	3,5
Minianka	5	4,3
Soninké	11	9,6
Autres	17	14,7
Total	115	100

Autres : Maure (3cas soit 2,61%), Dogon (4cas soit 3,49%), Woloff (2cas soit 1,74%), Tamacheck (2cas soit 1,74%), Kassoké (2cas soit 1,74%), Bozo (3cas soit 2,61%), Etrangère (1ccas soit 0,87%).

### **5. Mode d'admission :**

**Tableau V:** Répartition des parturientes en fonction de leur Mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Référée	83	61,76
Evacuée	12	10,44
Venue d'elle-même	32	27,8
Total	115	100

### **6. Niveau d'instruction :**

**Tableau VI :** Répartition des parturientes en fonction de leur niveau d'instruction.

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non alphabétisées	59	51,3
Primaire	40	34,8
Secondaire	5	4,3
Supérieur	11	9,6
Total	115	100

### **C. Pathologies associées à la grossesse :**

#### **1. Pathologies d'origine maternelle :**

**Tableau VII :** Répartition des parturientes en fonction des pathologies d'origine maternelle

<b>Pathologies maternelles</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Obstacle Praevia	8	6,95
Rétrécissement du bassin	6	5,21
Aucune pathologie	101	87,84
Total	115	100

## **2. Pathologies d'origine ovulaire :**

**Tableau VIII :** Répartition des parturientes en fonction des pathologies d'origine ovulaire.

<b>Pathologies ovulaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oligoamnios	1	0,86
Pathologies funiculaires	40	34,80
Placenta praevia	6	5,21
Hydrocéphalie	1	0,86
Aucune pathologie	67	58,27
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

**Pathologies funiculaires :** circulaires au cou (26cas soit 22,62%), bretelles (9cas soit 7,83%), brièveté primaire du cordon ombilical (5cas soit 4,35%).

## **D. Examens obstétricaux :**

### **1. Poids des parturientes :**

**Tableau IX :** Répartition des parturientes en fonction du Poids.

<b>Poids (kilogrammes)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
45-60	84	73,0
61-76	27	23,5
> 76	4	3,5
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

### **2 .Taille des parturientes :**

**Tableau X :** Répartition des parturientes en fonction de la taille.

<b>Taille (cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<150	8	7,0
≥150	107	93,0
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

### **3. Hauteurs utérine des parturientes :**

**Tableau XI :** Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine.

<b>Hauteur utérine (cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
28-36	101	87,8
>36	14	12,2
Total	115	100

### **4. Bruit du cœur fœtal :**

**Tableau XII :** Répartition des parturientes en fonction du bruit du cœur fœtal.

<b>Bruit du cœur fœtal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	2	1,73
<120	14	12,17
120-160	92	80,0
> 160	7	6,1
Total	115	100

### **5. Poche des eaux :**

**Tableau XIII :** Répartition des parturientes en fonction de l'état de la poche des eaux à l'admission.

<b>Poche des eaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Intactes	67	58,26
Rompues	48	41,74
Total	115	100

## **6. Phases du travail d'accouchement :**

**Tableau XIV :** Répartition des parturientes en fonction des Phases du travail d'accouchement.

<b>Phases du travail</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Latence	66	57,4
Active	49	42,6
Total	115	100

## **7. Mode de présentation du fœtus :**

**Tableau XV :** Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation du fœtus.

<b>Mode de présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Complet	38	33,0
Décomplété	77	67,0
Total	115	100

## **8. Variété de présentation :**

**Tableau XVI :** Répartition des parturientes en fonction de la variété de présentation.

<b>Variété de présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
SIGA	75	65,2
SIDA	15	13,0
SIGP	13	11,3
SIDP	12	10,5
Total	115	100

### **9. Degré d'engagement de la présentation :**

**Tableau XVII :** Répartition des parturientes en fonction du caractère engagé ou non de la présentation

<b>Engagement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Engagée	3	2,21
Non engagée	112	97,39
Total	115	100

### **10. Durée d'expulsion du fœtus :**

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes en fonction de la durée d'expulsion du fœtus.

<b>Durée d'expulsion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤45mn	19	88,7
>45mn	3	11,3
Total	22	100

### **11. Durée du travail :**

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail pour la voie basse.

<b>Durée du travail (en heure)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 12	5	22,73
> 12	17	77,27
Total	22	100

### **E. Complications :**

#### **1. Déchirure des parties molles :**

**Tableau XX :** Répartition des parturientes en fonction de la déchirure des parties molles.

<b>Déchirure des parties molles</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1	4,55
Non	21	95,45
Total	22	100

## **2. Complications rencontrées chez les nouveau-nés :**

**Tableau XXI :** Répartition en fonction des complications rencontrées chez les nouveau-nés.

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Elongation du plexus brachial	1	0,87
Mort fœtale par rétention de la tête dernière	2	1,74
Procidence du cordon	7	6,24
Aucune complication	105	91,15
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

## **F. Anomalies rencontrées à l'échographie obstétricale du 3<sup>e</sup> trimestre :**

**Le tableau XXII :** Répartition des parturientes en fonction des anomalies rencontrées à l'échographie obstétricale du 3<sup>e</sup> trimestre.

<b>Anomalies échographiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Obstacles praevia	12	33,3
Hydrocéphalie	1	5,6
Oligoamnios	1	5,6
Aucune complication	77	16,6
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

## **G. Caractéristiques des nouveau-nés :**

### **1. Etat des nouveau-nés à la période néonatale précoce pour la voie basse :**

**Le tableau XXIII :** Répartition en fonction de l'état des nouveau-nés à la période néonatale précoce pour la voie basse.

<b>Issue néonatale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Vivants	18	81,82
Morts	4	18,18
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

## **2. Causes de la mort fœtal :**

**Tableau XXIV :** Répartition des nouveau-nés en fonction des causes de mort fœtale.

<b>Causes de la mort fœtal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Infection (Chorioamniotite)	1	11,11
souffrance cérébrale	6	66,66
Rétention de la tête dernière	2	22,23
Total	9	100

## **3. Score Apgar des nouveau-nés aux cinq premières minutes pour la voie basse :**

**Le tableau XXV :** Répartition des nouveau-nés en fonction du score Apgar aux cinq premières minutes pour la voie basse.

<b>APGAR</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	2	9,1
≤7	9	40,9
>7	11	50,00
Total	22	100

**NB :** Tous les nouveau-nés avec un score d'Aapgar inférieur à 7 ont été referés à la néonatalogie.

## **4. Score Apgar des nouveau-nés aux cinq premières minutes pour la voie haute :**

**Le tableau XXVI :** Répartition des nouveau-nés en fonction du score Apgar aux cinq premières minutes pour la voie haute.

<b>APGAR</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	0	0
≤7	5	5,40
>7	88	94,60
Total	93	100

### **5. Réanimation des nouveau-nés :**

**Le tableau XXVII:** Répartition des nouveau-nés en fonction de la réanimation.

<b>Réanimé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	14	12,2
Non	101	87,8
Total	115	100

### **6. Etat des nouveau-nés à la période néonatale précoce pour la voie haute :**

**Le tableau XXVIII :** Répartition en fonction de l'état des nouveau-nés à la période néonatale précoce pour la voie haute.

<b>Issue néonatale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Vivants	90	96,78
Morts	3	3,22
Total	93	100

### **7. Sexes des nouveau-nés :**

**Le tableau XXIX :** Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Masculin	40	34,8
Féminin	75	65,2
Total	115	100

### **8. Poids des nouveau-nés :**

**Le tableau XXX :** Répartition des nouveau-nés en fonction du poids.

<b>Poids des nouveau-nés</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<2500	51	44,4
2500-4000	62	53,86
>4000	2	1,74
Total	115	100

### **9. Taille des nouveau-nés :**

Le tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés en fonction de la taille.

Taille (cm)	Effectif	Pourcentage
<47	16	13,9
>47	99	86,1
Total	115	100

### **10. Périmètre crânien des nouveau-nés :**

Le tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés en fonction du périmètre crânien.

Périmètre crânien	Effectif	Pourcentage
≤33	113	98,3
>33	2	1,7
Total	115	100

### **H. Conduite tenue :**

#### **1. Épisiotomie :**

Le tableau XXXIII : Répartition des parturientes en fonction de l'épisiotomie.

Épisiotomie	Effectif	Pourcentage
Oui	20	90,90
Non	2	9,10
Total	22	100

#### **2. Manœuvre :**

Le tableau XXXIV : Répartition des parturientes en fonction de Manœuvre et ou d'attitude pratiqué.

Manœuvre/Attitude	Effectif	Pourcentage
Bracht	10	45,45
Mauriceau	3	13,63
Lovset	2	9,11
Attitude de vermelin	7	31,81
Total	22	100

### **3. Césarienne :**

**Le tableau XXXV :** Répartition des parturientes en fonction de la césarienne pratiquée ou non.

<b>Césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	93	80,9
Non	22	19,1
Total	115	100

### **4. Indications des césariennes :**

#### **4.1 Césariennes en urgence :**

**Tableau XXXVI :** Répartition des parturientes en fonction des indications de césarienne en urgence.

<b>Indications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Souffrance fœtale aigue	39	46 ,00
D.dynamique irréductible	3	3,52
D.mecanique	9	10,60
Placenta Praevia	8	9,41
Gros fœtus en siège	2	2,35
Hemtome retroplacentaire	7	8,12
Siège plus primipare agé	17	20 ,00
Total	85	100

#### **4.2 Césariennes prophylactiques :**

**Tableau XXXVII :** Répartition en fonction des indications de césarienne prophylactique.

<b>Indications</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fibrome uterin/Siège	3	37,5
Hydrocephalie	2	12,5
Placenta praevia	6	50
Total	8	100

**NB : 93** de nos parturientes ont bénéficié de la césarienne (prophylactique et en urgence).

*COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION*

## **V I. Commentaires et discussion :**

### **A. Les problèmes rencontrés :**

Comme tout oeuvre humaine, notre travail est loin d'être parfaite, car des problèmes ont été rencontrés, qui relèvent de plusieurs niveaux et dont la résolution améliorera les travaux futurs. Les problèmes sont :

1. L'absence d'échographie du troisième trimestre et de la radiopelvimétrie chez la majeure partie de nos parturientes nous laissons dans un certain dilemme.
2. L'absence de moyen sophistiqué de surveillance de travail d'accouchement (sonicaid, cardiotocographe, PH métrie)

### **B. Fréquence :**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 115 accouchements avec fœtus en présentation de siège chez les primipares sur les 1858 accouchements des primipares effectués à la maternité du centre de santé de référence de la commune V, soit une fréquence de 6,2%.

Les auteurs de Médecine d'Afrique noire tome 51 [65] ont retrouvé 0,24%.

### **C. Caractéristiques sociodémographiques :**

**1. Age** : dans notre série, l'âge varie entre 15-37 ans avec un âge moyen de 26 ans. L'observation de nos résultats montre que 93,9% des patientes ont un âge inférieur ou égal à 35 ans, contre 6,1% des parturientes qui ont plus de 35 ans. Cette différence s'explique par le fait que la majorité de notre population d'étude était composée de jeunes.

Farsi I F. [6] au Sénégal, Erkaya S. [66] en Tunisie, Rosenau L. [4] en France ont trouvé respectivement un âge moyen de 27 ans, 25 ans, 27 ans.

**2. Profession** : notre population d'étude est majoritairement composée des parturientes sans professions soient 67,8%.

Dicko B. [7] et Dembelé A. [2] ont trouvé respectivement 86,4% et 89,7% des parturientes sans professions.

**3. Niveau d'instruction** : notre échantillon est composé en majorité par des femmes non alphabétisées avec 51,3% contre 48,7% de femmes alphabétisées.

### **D. Pathologies associées la grossesse:**

**1. Pathologie d'origine maternelle** : dans notre série 6,95% de nos patientes présentaient un fibrome utérin. Les primipares âgées étaient les plus exposées (6/7)

au cours notre étude. Ceci s'explique par le fait que l'âge moyen d'apparition du fibrome utérin se situe au tour de 30 ans [8].

## **2. Pathologies d'origine ovulaire :**

- **Oligoamnios** : dans notre étude il n'a été enregistré qu'un seul cas d'oligoamnios sévère objectivé à l'échographie tardive.

- **Pathologies funiculaires**: la constatation de bretelles, de circulaires au cou et de la brièveté du cordon était de 34,80%. L'influence de bretelles et de circulaires sur le score d'Apgar aux cinq premières minutes est importante. Ils constituent des facteurs pronostiques très défavorables pour le fœtus car responsable d'une grande fréquence de souffrances fœtales aiguës et de mort per-partum.

Durand A. [67] a trouvé 15 à 30% de cas de circulaires au cou et de bretelles au cours de son étude.

- **Placenta praevia** : dans notre étude 5,21% de cas de Placenta praevia ont été enregistré.

- **Hydrocéphalie** : dans notre étude 0,86% de cas hydrocéphalie ont été enregistré.

Dicko B. [7] n'a pas retrouvé hydrocéphalie au cours de son travail.

## **E. Examen obstétrical :**

1. **Taille des parturientes** : nos résultats nous montrent que 7,0% de notre population d'étude avaient des tailles inférieures à 150cm. Quant à la valeur moyenne des tailles, nous avons retrouvé 156cm (143-169cm).

Farsj IF. [6] au Sénégal et Rosenau L. [4] en France ont trouvé comme taille moyenne respectivement 163cm et 162cm.

2. **Hauteur utérine** : la hauteur utérine était normale dans 87,8% des cas contre 12,2% hauteur utérine excessive.

3. **Bruits du cœur fœtal** : dans notre étude 80% de nos patientes avaient des bdcf normaux contre 20% d'anormaux.

4. **Mode de présentation** : dans 67,0% de nos cas il s'agissait d'une présentation du siège mode décomplété, le mode complet a été retrouvé dans 33,0% de cas.

Ghassan H. [3] en Côte d'Ivoire a trouvé 35,5% de mode complets contre 43,4% de mode décomplétés.

5. **Etat de la poche des eaux à l'entrée** : la poche des eaux était intacte dans 56,26% de nos patientes à l'entrée contre 41,74% de poche rompue.

**6. Degré d'engagement** : à l'admission 80,9% de nos patientes avaient une présentation non engagée contre 19,1% de présentations engagées.

**7. Phases du travail** : les parturientes admises à la phase de latence représentaient 57,4% de nos patientes contre 42,6% des patientes admises à la phase active. La valeur moyenne de la dilatation du col était de 5,5cm.

**8. Durée du travail** : 22,73 de nos parturientes qui ont accouché par la voie basse avaient une durée de travail inférieur à 12 heures contre 77,27 qui avaient une durée de travail supérieur à 12 heures.

#### **F. Accouchement** :

80,9% de nos patientes ont accouché par la voie haute contre 19,1% pour la voie basse.

Par rapport aux études Africaines Ghassan H. [1] en côte d'Ivoire a trouvé 10,7%, Ilesanmi O A. [10] au Nigeria a trouvé 15% et Farsi I F. [6] au Sénégal a trouvé 32,8% d'accouchement par césarienne.

La principale indication de la césarienne a été la présentation du siège chez la primipare associée à d'autres facteurs (placenta praevia, hématome retroplacentaire, gros fœtus en présentation du siège, souffrance fœtale aigue, primipare âgée).

En Europe, notamment Feige A. [68] en Allemagne a trouvé 86,9% et Sannder S J. [69] en Angleterre a trouvé 90% de césarienne.

En Asie, Daniel Y. a trouvé 20% et Leiberman J R. [70] a trouvé 83% tous deux des Israéliens montrant une variation importante dans le même pays.

Les auteurs Américains Schiff F. et Coll [71] ont trouvé 61,4%, Laros JR. [72] a trouvé 82% et Dyson D C. [73] a trouvé 90% d'accouchements par césarienne.

La très forte variation de la fréquence des accouchements par césarienne de 10 à 90% selon les différents auteurs s'explique par la variation des moyens de surveillance prénatale et per partum qui permettent de bien évaluer tous les facteurs pronostics de l'accouchement afin de déterminer la voie idéale, mais aussi par le principe adopté par certains écoles (césarienne systématique chez toutes les primipares avec présentation du siège).

#### **G. Evolution de l'accouchement** :

Une bonne surveillance des paramètres maternels et fœtaux sur un partogramme permet d'apprécier l'évolution favorable ou non du travail d'accouchement afin de déterminer la thérapeutique appropriée à tout trouble constaté. Au cours de notre

étude nous avons rencontré des complications chez 8,85% des nouveau-nés accouchés par la voie basse.

Les complications rencontrées sont : élongation du plexus brachial 0,87%, la mort foetale par rétention de la tête dernière 1,74 et la procidence du cordon 6,24%. On a enregistré 7 cas de mort néonatale précoce.

Nous avons enregistré un cas de déchirure incomplète du périnée du deuxième degré suite à un accouchement à domicile.

#### **H. Thérapeutique :**

Au cours de notre étude les thérapeutiques utilisées ont été fonctions des pathologies associées à la grossesse d'une part et d'autre part au souci d'un meilleur pronostic maternel et fœtal.

Ainsi la césarienne a été la plus privilégiée avec 80,9% des cas. Pour la voie basse, les thérapeutiques utilisées ont été : épisiotomie à la phase expulsive, perfusion 5UI de Syntocinon dans 500ml de Sérum glucosé 5%( Syntocinon d'expulsion), l'attitude de Vermelin ou l'abstention à toute manœuvre, les manœuvres de Bracht, de Lovset et de Mauriceau. La manœuvre de Bracht a été la plus pratiquée avec une fréquence de 45,45%.

#### **I. Examen du nouveau-né :**

**1. Score d'Apgar** : 40,9% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 aux cinq premières minutes pour la voie basse contre 5,40% pour la voie haute.

Rosenau L. [4] en France trouvait 2,5% de score d'Apgar inférieur à 7 aux cinq premières minutes pour la voie haute.

**2. Réanimation** : 12,20% de nos nouveau-nés ont été réanimés.

Dembele A. [2] a trouvé 44,0% de cas de réanimation de nouveau-nés et Albrecktsen S. [22] a trouvé 8,8%.

**3. Poids** : le poids du fœtus est un facteur pronostic très important. La macrosomie, c'est-à-dire un poids supérieur ou égal à 4000 grammes qui est facteur de risque de dystocie a été retrouvé dans 1,74% des cas. Le poids moyen des nouveau-nés était de 2950g.

Dembele A. [5] trouvait un poids moyen de 31365g et Rosenau L [8] en France trouvait un poids moyen de 3136,5g.

**4. Périmètre crânien** : le périmètre crânien est un facteur de bon pronostic s'il est inférieur à 37cm selon Bistolati P. [75]. Dans notre étude un cas de nouveau-né avec

un périmètre crânien supérieur à 37cm a été rencontré. Le périmètre crânien moyen a été de 34cm.

Farsi IF. [6] au Sénégal trouvait 33,3cm comme périmètre crânien moyen.

*COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION*

## **VII. Conclusion :**

Notre étude s'est déroulée du 12 février 2005 au 12 janvier 2006 à la maternité du centre de santé de référence de commune V du district de Bamako .Elle a porté sur 115 cas d'accouchement du siège chez les primipares.L'analyse des résultats de cette étude a permis d'établir que la césarienne devrait être systématique chez les primipares avec foetus en présentation du siège.Car au vu de nos résultats le pronostic foetal par césarienne est huit fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse et cela malgré que l'opérateur soit qualifié dans l'exécution des manœuvres obstétricales.

Ainsi au terme de notre étude nous recommandons vivement l'indication de la césarienne en cas d'accouchement chez une primipare avec foetus en présentation du siège.Mieux, nous souhaitons que cette césarienne soit prophylactique (dès le terme acquis) pour un meilleur devenir du foetus et de la mère.

# *RECOMMANDATIONS*

### **VIII. Recommandations :**

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

#### **Aux prestataires :**

- Savoir que l'accouchement du siège est un accouchement potentiellement dystocique.
- Ne concevoir un accouchement du siège chez une primipare que dans un milieu obstétrico-chorurgical avec personnel compétent.
- Referer immédiatement tout accouchement du siège spécifiquement chez les primipares dans les milieux obstétrico-chirurgical.
- Demander systématiquement une échographie du troisième trimestre de la grossesse (Biométrie, poids, présentation, localisation placentaire).
- Demander la radiopelvimétrie devant toute présentation du siège chez une primipare.
- L'utilisation rationnelle du partographe pour tout accouchement, permettant ainsi une référence de cas potentiellement dystociques.
- Faire une césarienne prophylactique à 38SA.

#### **Aux populations :**

- Le suivi régulier des consultations prénatales par toutes les primipares pour une identification précoce des pathologies associées à la grossesse.
- Honorer les examens complémentaires notamment l'échographie du troisième trimestre.
- Sensibiliser toutes les primipares sur les risques de l'accouchement en présentation du siège en dehors des maternités.

#### **Aux autorités :**

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue du personnel médical dans la prise en charge des urgences obstétricales.
- Reconnaître le rôle du centre de santé de référence de la commune V dans la formation continue de qualité du personnel de santé, et sa place dans l'encadrement des étudiants des écoles socio-sanitaires pour une politique de santé d'avenir.

- Envisager une étude cas/témoin qui pourrait permettre d'évaluer certains paramètres qu'une étude prospective ne saurait déceler.

# *REFERENCES*

## **IX. Références**

- 1. Ghassan H.** Contribution à la détermination de l'incidence de facteurs de risque dans l'accouchement en présentation du siège issu des grossesses unifoetales. Thèse Médecine 1980 Université Nationale, Faculté de Médecine. Cote d'Ivoire.
- 2. Dembele A.** Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège dans les maternités du District Bamako. (192 cas) thèse Médecine 1988, Mali.
- 3. Dubois J, Grall YJ.** Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. Revue Française de Gynécologie et Obstétrique 1990 ;855 :336-341.
- 4. Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H, Lebouvier B, et al.** Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. RevFR Gynecol et Obstet 1990 ; 85 :271-281.
- 5. Lewis E Mel H.** Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. Journal of the American Medical Association Arch FAM Med 1994; 3: 881-887.
- 6. Farsi I F.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. Etude prospective dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Dakar ; Thèse Médecine Dakar 1993.
- 7. Dicko B.** Pronostic de l'accouchement en presentation du siege .These medecine.
- 8. Merger R.** Précis d'obstétrique. Présentation du siège ; 185-195.
- 9. Grall J Y, Dubois J, Moquet PY, Puolain P, Blanchot J, Laurent MC.** Présentation du siège. -Editions Techniques-Encycl. Méd Chir (Paris-France) Obstétrique ; 5-049-L40.1994 :14.
- 10. Ilesanmi OA, Sobowale OA, Marinho OA.** Outcome of 44& breech singleton deliveries at the catholic hospital Oluyoro Ibadan Afrcian Journal of Medicine and Medical Sciences 25 (1):41-6 1996. Mars.

- 11. Rachdi R, Fekih MA, Mouelhi C, Mesaoud LB.** Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543 observations Rev Fr Gynecol Obstet 199 88 4 : 249-252.
- 12. Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H, Lebouvier B, et al.** Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. RevFR Gynecol et Obstet 1990 ; 85 :271-281.
- 13. Sherer DM, Menashe M, Palti Z, Aviad I, Ron M.** Radiological evidence of a nuchal arm in the breech-presenting fetus at the onset of labor an indication for abdominal delivery. Am J Perinat 1989; 6: 353-355.
- 14. Hill I M.** Prevalence of breech presentation by gestation age. Am J Perinatal 199 ; 7 :92.
- 15. Barbarino, Monnier P, Boutroy J L.** La présentation du siège. Obstétrique Ellipses ou Edicefs ; Paris 1995.
- 16. Tourris H.** Gynécologie et obstétrique.
- 17. Brenner WE, Brule RD, Heindricks CH.** The characteristics and perils of breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1974; 118 : 700-713.
- 18. Braun FH, Jones KL, Smith DW.** Breech presentation as an indicator of foetal abnormality. J Pediatr 1975; 86: 419-422.
- 19. Dellac MN.** La présentation du siège et ses répercussions sur les enfants. Thèse Médecine Lyon Nord 1980 ; 192.
- 20. Iuterkort M, Persson PH, Welder BM.** Maternal and fetal factors in breech presentation. Obstet Gynecol 1984;64: 55-59.
- 21. Nelson KB, Ellenberg JH.** Antecedents of cerebral palsy. N Engl J Med 1986; 315: 81-86.

- 22. Albertsson, Wikland K, Niklasson A, Karlberg P.** Birth data for patients who later develop growth hormone deficiency. Preliminary analysis of a national register. Acta Paediatr Scand Suppl 1990;370 (suppl):115-120.
- 23. Gacs G.** Perinatal factors in the aetiology of hypopituitarism. Helv Paediatr Acta 1987;42: 137-144.
- 24. Mahon R.** De la déflexion primitive de la tête dans la présentation du siège. Rev Fr Gynecol Obstet 1953 ;48 :70-79.
- 25. Toulouse R.** Deux cas de déflexion de la tête au cours de la présentation du siège. Gynecol Obstet 1947 ;46 :347-349.
- 26. Abrams J F, Bresman M J, Zukerman J E, Fischer E G, Strand R.** Cervical cord injuries secondary to hyperextension of the head in breech presentation Obstet Gynecol 1973;41:369-378.
- 27. Westgren M, Grunsell H, Ingemarsson I, Muhlow A, Svenningsen NG.** Hypertension of the fetal head in breech presentation. Br J Obstet Gynecol 1981;88: 101-104.
- 28. Lacomme M.** Pratique obstétricale/ Masson. Paris 1960.
- 29. Granjon A, Henrion R.** La présentation du siège. Encycl Méd Chir (Paris-France). Obstétrique ; 5026 A20 1967 :10.
- 30. Lips U, Fracke C, Prader A.** Testicular volume and function in adolescence after breech delivery. Helv Paediatr Acta 1979;34:437-442.
- 31. Sauvage P, Messer J, Leissner P, coll.** Lésions majeures des testicules observées chez les enfants nés par le siège. Rev Fr Gynecol Obstet 1973 ;68 :579-584.
- 32. Dellenbach P, Nisand I, Leissner P, coll.** Présentation du siège. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Vigot Paris 1979.

- 33. Teteris NJ, Botschner AW, Ullery JC, Essig GF.** Fetal heart rate during breech labor. Br J Obstet Gynecol 1970 ; 107: 762-766.
- 34. Wheeler T, Greene K.** Fetal heart rate monitoring du breech labor. Br J Obstet Gynecol 1975; 82 : 208-214.
- 35. Kouam L, Miller EC.** Les méthodes thérapeutiques dans les procidences du cordon et le pronostic foetal. Rev Fr Gynécol Obstét 1981 ; 76 : 1-7.
- 36. Braye M, Colette C.** A propos de la procidence du cordon dans la présentation du siège. Rev Fr Gynécol Obstét 1957 ; 52 :371-375.
- 37. Creze J.** Le pronostic foetal de la procidence du cordon dans la présentation du siège. Gynécol Obstét 1956 ; 55 :333-335.
- 38. Dubois J.** Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1981 ; 10 :479-492.
- 39. Dubois J, Fraisse E.** Le siège aujourd'hui. Con Méd 1982 ; 104 :7219-7226.
- 40. Lewin D.** Communication personally.
- 41. Lewin D.** Communication personally.
- 42. Moldin P, Hokergard KH, Nielsen TF.** Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979 . Act obstet Gynecol Scand 1984; 63: 7-11.
- 43. Thoulon JM.** Les operations césariennes. Encryl Méd Chir (Paris, France) Obstétrique 5012 A10.1979 ; 16P.
- 44. Magnin P, Nicollet B, Magnin G.** La mortalité maternelle. Encryl Méd Chir (Paris-France) Obstétrique 5082. D10 1981 ; 8P.

- 45. Tatum RK, Orr JW, Soong SJ, Huddleston JF.** Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000grams. A retrospective analysis of seven years experience. Am J Obstet Gynecol 1985;152:145-155.
- 46. Bottoms SF, Rosen MG, Sokol RJ.** The increase in the birth rate. N Engl J Med 1980; 302: 559-565.
- 47. Breart G.** Evolution de la fréquence de césariennes. 15<sup>e</sup> journées nationales de médecine périnatale Arnette Paris 1985 :41-48.
- 48. Confino E, Gleicher N, Elard H, Ismajovich B, David MP.** The breech dilemma. A review Obstet Gynecol Surv 1985;40: 330-337.
- 49. Flanu S.** Fetal mortality and morbidity following breech delivery. Acta obstet Gynecol Scand 1976;supp 56 :1-86.
- 50. Rallis ZA.** Birth trauma to muscles in babies born by breech. Arch Dis Child 1975;50: 4-13.
- 51. Tank ES, David R, Holt JF, Morley GW.** Mechanism of trauma during breech delivery. Obstet Gynecol 1971;38 : 761-767.
- 52. Wigglesworths H.** Intracranial birth trauma in vaginal breech delivery the continued importance of injury to the occipital bone. Br J Obstet Gynecol 1977; 84:684-691.
- 53. Kubli F, Ruttgers H.** Malpresentations. Les grossesses à haut risqué Masson Paris 1980.
- 54. Goldensberg RL, Nelson KG.** The premature breech. Am J Obstet Gynecol 1977;127: 240-245.
- 55. Karp L, Doney J, McCarthy T, Meis PJ, Hall M.** The premature breech. Trial of labor or caesarean section. Obstet Gynecol 1979;53: 88-93.

- 56. Lefevre J,Cardl S,Denis A,Grosieux P.** Accouchement du fœtus de petit poids en présentation du siège. Soc Nat Gynécol Obstét Fr Ouest 1980.
- 57. Thomson AJ,Searle M,Russel G.** Quality of survival after severe birth asphyxia. Arch Dis Child 1977;52: 620-626.
- 58. Bessaguet D.** Etude de l'état des nouveau-nés après l'accouchement en présentation du siège [Thèse Médecine] Bordeaux II. 1981 ; 324.
- 59. Danon D,Geraudel A,Collin D,Lazar P,Berland HA,Dreyfys J.** Comparaison statistique de la mortalité et la morbidité foetales devant deux attitudes thérapeutiques lors d'une presentation du siege. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1981 ; 10 :623.  
Congr Perinat Med 1976.
- 60. Buck GM,Michaelek AM,Kramer AA,Batt RE.** Labor and delivery events and risk of sudden infant death syndrome (SIDS).Am J Epidemiol 1991;133:900-906.
- 61. O'Leary JA.** Vaginal delivery of the term breech. Obstet Gynecol 1979 ;53 :341-344.
- 62. Ophir E,Oettinger M,Yagoda A,Markovits Y,Rojansky N,Shapiro H.** Breech presentation after cesarean section always a section ? Am J Obstet Gynecol 1989;161: 25-28.
- 63. Paul RH,Phelan JP,Yeh S.** Trial of labor in the patient with a prior caesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1985 ; 151:297-304.
- 64. Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien. 2<sup>e</sup>Edition. 1990.
- 65. Médecine d'Afrique noir.** Tome 51 Décembre 2004.
- 66. Erkaya S,Tuncer RA,Kutlar I,Onat N,Ercakmaks S.** Outcome of 1040 consecutive breech delivery clinical experience of maternity hospital in Turkey. International Journal of Gynaecology and obstetric 1997 Nov; 59 (2): 8-155.

- 67. Durand A, Deschamps PH, Vieyres P, Maignault E, Gregoire JM, Pourcelot D et al.** Mesure in utero de la longueur du cordon ombilical au cours de la grossesse à terme. J Gynécol Obstét Biol Réprod 1996 ;25 :78-86.
- 68. Feige A, Krause L A.** Deciding criteria for vaginal delivery from breech presentation: effect on neonatal early and late morbidity. Zeitschrift fur Geburschiff and neonatologie 1997; 201 suppl 1 : 3542.
- 69. St Saunders NJ.** Controversies: the mature breech should be delivery elective caesarean section [review] [20 refs]. Journal of Perinatal Medicine 1996; 24 (6):545-51.
- 70. Leiberman JR, Fraser D, Mazor M, Chaim W, Karplus M, Katz M, Glezerm et al.** Breech presentation and cesarean section in term multiparous women. European Journal of Obstet Gynecol and Reproductive Biology 1995 Aug; 61 (2):111-5.
- 71. Schieff E, Friedman SA, Mashiach S, Hart O, Barkai G, Sibai BM.** Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: seven year experience at a single center. Am J Obstet Gynecol DA 1996; vol 175 n°1: 18-23.
- 72. Laros RK JR, Flanagan TA, Kilpatrick SJ.** Management of term breech presentation a protocol of external cephalique version and selective trial of labor. Am J of Obstet and Gynecology. 172 (6):191623; discussion 1923-5 1995 Jun.
- 73. Dyson DC, Ferguson JE, Hensleigh P.** Antepartum external cephalic version unders tocolysis. Obstet Gynecol 1986 ;67 :8-63.
- 74. Stine LE, Phelan JP, Wallace R, Eglinton GS, Van Dorsten JP, Schifrin BS.** Update on external cephalic version performed at term. Obstet Gynecol 1985;65:642-6.
- 75. Bistoletti P, Nisel H, PlamE C, Lagercract G H.** Term breech delivery early and late complications. Acta Obstet. Gyneceol Scand 1981 ; 60 :165-171.

# *ANNEXES*

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : DIARRA

**Prénom** : Salomon

**Titre** : l'Accouchement du siège chez les primipares à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

**Date et lieu de naissance** : le 27 Décembre 1978 à Bamako

**Nationalité** : Malienne

**Année de soutenance** : 2006

**Pays d'origine** : Mali

**Email** : salomondiarrar@hotmail.com

**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'étudier l'accouchement en présentation du siège chez les primipares et d'évaluer le pronostic foetal et les thérapeutiques utilisées. Notre étude a lieu sur une période de 12 mois (février 2005 au 12 janvier 2006) à la maternité du centre de santé de référence de la commune V. Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur une série de cas d'accouchements de siège chez les primipares remplissant tous nos critères d'inclusion. La fréquence a été de 6,2% sur les 1858 accouchements du siège chez les primipares. Les pathologies associées à la grossesse identifiées sont le fibrome, l'oligoamnios, les pathologies funiculaires, hydrocéphalie et les malformations fœtales. La fréquentation du centre a été de 73,8% des cas inclus dans notre population d'étude qui résident dans la commune V contre 26,2% qui résident hors de la commune V. Les nouveau-nés ont un score d'Apgar aux cinq premières minutes inférieures à 7 chez 40,9% pour la voie basse contre 5,4 pour la voie haute. La césarienne sur toutes ses indications sur présentation du siège est effectuée dans 80,9% des cas. Les anomalies funiculaires constituent les pathologies associées à la grossesse les plus importantes et aussi déterminantes aux pronostics fœtaux.

**Mots clés** : Accouchement, Primipare, Siège, Pronostic, Apgar, Césarienne, Commune V, Bamako.

## **CARD-INDEX SIGNALÉTIQUE**

**Name:** DIARRA

**First name:** Solomon

**Titrate:** the Childbirth of the seat in first calf cows with the maternity of the center of health of reference of common the V of the district of Bamako

**Dates and birthplace:** December 27, 1978 in Bamako

**Nationality:** Malian

**Year of defence:** 2006

**Countries of origin:** Mali

**Email:** salomondiarra@hotmail.com

**Point discharge:** Library of the Faculty of Medicine of Pharmacy and Odonto-Stomatology

**Sector of interest:** Obstetrics

**Summarized :** the objective of our work is to study the childbirth in presentation of the seat in first calf cows and to evaluate the foetal forecast and the therapeutic ones used. Our study takes place over one 12 months period (February 2005 to January 2006) to the maternity of the center of health of reference of common V. It acts of a descriptive exploratory study relating to a series of case of childbirth by the seat in first calf cows filling all our criteria of inclusion. The frequency is 0,16% on the 1858 childbirth of the seat in first calf cows. Pathologies associated with the pregnancy identified are the fibrome, the circular oligoamnias, it with the neck and the Straps, the placenta preavia, the brevity of the cord, hydrocephalie and malformations fetus. The frequentation of the center is 73,8% of the cases included in our population of study which lie in common the V against 26, 2% which resides out of common V. The new-born babies have a score of Apgar at the first five minutes lower than 7 at 9, 52%. The Caesarean on all its indications on presentation of the seat is carried out in 80, 9% of the cases. The funicular anomalies constitute pathologies associated with the pregnancy most important and thus determining with the fetus forecasts.

**Key words:** Childbirth, First calf cow, Seat, Forecast, Apgar, Caesarean, Common V, Bamako.

## **Serment d'Hippocrate**

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

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

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

Je ne permettrai pas que 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 leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**FICHE D'ENQUETE N°**

**Thèse** : l'accouchement en présentation du siège chez les primipares à la maternité du Centre de santé de Référence de la commune V du district de Bamako

**IDENTIFICATION DE LA FEMME :**

Q1-Age (en année) : / \_\_\_ / 1 = (15-20) ; 2 = (21-30) ; 3 = Supou égale à 30

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

Q3-Profession-----/ \_\_\_ / 1 = Menagère ; 2 = fonctionnaire ; 3 = Etudiante, 4 = Autre

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

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

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

Q7- Mode d'admission = / \_\_\_ / 1 = Venue d'elle-même , 2 = referée

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

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

**Les Antecedants Obstetricaux :**

Q11 – Avortement ----- / \_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non

Q12 – Qualité des C P N selon le nombre----/ \_\_\_ / 1 = bonne (4) ; 2 = Mauvaise (inf à 4)

Q13 – Nombre de fœtus -----/ \_\_\_ / 1 = unique ; 2 = multiple

**Examen clinique :**

Q14 – Age (en SA) de la grossesse entout debut de travail-----/ \_\_\_ /

1 = < 28 SA ; 2 = 28-36SA ; 3 = > 36SA

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

Q16 – Hauteur uterine (cm) / \_\_\_ / 1 = inf à 36 ; 2 = supou égale à 36

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

Q18 – Mode de Presentation -----/ \_\_\_ / 1 = Complet , 2 = decompleté

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

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

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

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

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

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

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

**Examen Complementaire :**

Q26 – Echographie du 3<sup>em</sup> trimestre ----- / \_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non

Q27 – Anomalies à l'Echographie-----/ \_\_\_ / 1 = Myome , 2 = kyste de l'ovaire , 3 = Placenta basinal ; 4 = hydramnios , 5 = Hydrocephalie , 6 = Malformation fœtal – 7 = oligoamnios ; 8 = autres

**Nouveau- Né**

Q28 – Poids (g)---- / \_\_\_ / 1 = inf 2000 ; 2 = 2000-2500 ; 3 = sup à 2500

- Q29 – Taille (cm)----- / \_\_\_\_ / 1 = inf à 47 cm ; 2 Sup ou égale à 47cm  
 Q30 – Apagar-----/ \_\_\_\_ / 1 = ≤ 7 ; 2 = >7  
 Q31 – Sexe----/ \_\_\_\_ / 1= masculin ; 2 = féminin  
 Q32- Reanimé ---- / \_\_\_\_ / 1= oui ; 2 = Non  
 Q33- Longueur du cordon (cm)---- / \_\_\_\_ / 1 = inf à 35 ; 2 = sup à 35 cm  
 Q34-Complication ----/ \_\_\_\_ / 1 = Prematurité 2 = Malformation , 3-Autres  
 Q35- Perimetre cranien(en cm)---- / \_\_\_\_ / 1= ≤ 32 ; 2 = 33 – 36 ; 3 = > 36  
 Q36- Issue néonatale-----/ \_\_\_\_ / 1= Vivant ; 2 = mort  
 Q37- Mort-né-----/ \_\_\_\_ / 1= Macéré ; 2 = Non  
 Q38- Cause de la mort fœtale----/ \_\_\_\_ / 1 = Retention de la tête dernière ; 2 = Autres

### **Problème funiculaire :**

- Q39-Circulaire au cou -----/ \_\_\_\_ / 1 = oui, 2 = Non  
 Q40-Bretelle -----/ \_\_\_\_ / 1 = oui 2 = Non  
 Q41- Placenta bas inséré-----/ \_\_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non  
 Q42- Procidence du cordon -----/ \_\_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non  
 Q43-Autre-----/ \_\_\_\_ / 1= oui ; 2 = Non

### ***Conduite à tenir***

- Q44- Episiotomie-----/ \_\_\_\_ / 1= oui , 2 = Non  
 Q45- Manœuvre -/ \_\_\_\_ / ; 1 = Brach ; 2 = Mauriceau, 3 = Lovset ; 4 Vermelin ; 5 = Autres  
 Q46- Césarienne- ----/ \_\_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non  
 Q47- Voie d'accouchement ----/ \_\_\_\_ / ; 1 = Basse ; 2 = haute  
 Q48- Application du Forceps sur tête dernière-----/ \_\_\_\_ / 1 = oui ; 2 = Non  
 Q49- Décès maternel-----/ \_\_\_\_ / 1 oui , 2 = Non