

ACOG : American College of Obstetrics and Gynecology
AMIU : Aspiration manuelle intra utérine
AP : Arrêt de la progression
AUDIPOG : Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie
AVBA : Accouchement par la voie basse assistée
AVBS : Accouchement par la voie basse spontanée
BDCF : Bruit du cœur fœtal
BGR : Bassin Généralement Rétréci
BTR : Bassin Transversalement Rétréci
CGO : Clinique Gynécologique et Obstétricale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPN : Consultation prénatale
CRAS : Cotation du risque d'accouchement par le siège
CSPMS : Centre de santé Philippe Maguilène Senghor
CSNC : Centre de santé Nabil Choucair
DE : Défaut d'Engagement
DES : Diplôme d'études spécialisés
FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens.
GES : Grande extraction du siège
GEU : Grossesse extra-utérine
HRP : Hématome rétro-placentaire
HTA : Hypertension artérielle
NNE : Nouveau-né
NP : Niveau de preuve
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU : Retard de croissance intra-utérin
RPM : Rupture Prématurée des Membranes
ROM : Rétention d'œuf mort
SA : Semaines d'Aménorrhée
SFA : Souffrance Fœtale Aigue
SIDA : Sacro Iliaque Droite Antérieure
SIDP : Sacro Iliaque Droite Postérieure
SIGA : Sacro Iliaque Gauche Antérieure
SIGP : Sacro Iliaque Gauche Postérieure
SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
TBT : Term Breech Trial

VME : Version par Manœuvre Externe

$<$: Inférieur(e) à

$>$: Supérieur(e) à

\leq : Inférieur(e) ou égal(e) à

\geq : Supérieur(e) ou égal(e) à

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Présentation de siège complet.....	4
Figure 2: Présentation de siège décomplété	4
Figure 3: Préhension du fœtus par le bassin et Traction vers le bas et première rotation du dos foetal au cours de la manœuvre de Lovset.....	10
Figure 4: Préhension et traction selon l'axe ombilico-coccygien au cours de la manœuvre de Mauriceau	11
Figure 5: Répartition des patientes selon l'âge	17
Figure 6: Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission ..	20
Figure 7: Répartition des patientes selon le type de bassin.....	21
Figure 8: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	22
Figure 9: Répartition des patientes selon le mode de délivrance.....	24
Figure 10: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Infrastructures et équipements de la Maternité du Centre de Santé Nabil Choucair	15
Tableau II: Répartition des patientes selon la hauteur utérine	19
Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau de la présentation.....	21
Tableau IV: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne	23
Tableau V : Répartition des patientes selon les manœuvres.....	24
Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance.....	26

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE.....	3
REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
1. DEFINITION	4
2. PARTICULARITES DE LA PRESENTATION DU SIEGE.....	4
2.1. Fréquence.....	4
2.2. Modes de siège.....	4
2.3. Repère	4
2.4. Diamètres	5
3. DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION DU SIEGE	5
3.1. Diagnostic positif.....	5
3.2. Diagnostic différentiel	6
3.3. Diagnostic étiologique.....	6
3.4. Complications.....	7
3.5. Pronostic.....	7
4. MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT	8
4.1. Accouchement du siège.....	8
4.2. Accouchement des épaules.....	8
4.3. Accouchement de la tête dernière.....	8
5. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE.....	9
5.1. Pendant la grossesse	9
5.2. Pendant l'accouchement.....	9
5.3. Conduite pendant la phase de délivrance	12
DEUXIEME PARTIE :	13
NOTRE ETUDE.....	13
1. Cadre d'étude.....	14
1.1. Centre de santé Nabil Choucair.....	14
1.2. Activité de la maternité du Centre de Santé.....	14

2. PATIENTES ET METHODES	16
2.1. Type d'étude et durée.....	16
2.2. Population cible.....	16
2.3. Critères d'inclusion.....	16
2.4. Critères de non-inclusion	16
2.5. Paramètres étudiés.....	16
2.6. Collecte et analyse des données.....	17
3. RESULTATS.....	17
3.1. Effectif.....	17
3.2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes	17
3.3. Antécédents médico-chirurgicaux	18
3.4. Histoire de la grossesse.....	18
3.5. Données cliniques à l'admission.....	19
3.6. Données de l'accouchement	22
3.7. Données néonatales.....	25
3.8. Pronostic.....	26
4. DISCUSSION	28
4.1. Limites de l'étude.....	28
4.2. Aspects socio-démographiques.....	28
4.3. Aspects diagnostiques	28
4.4. Facteurs étiologiques	29
4.5. Mode d'accouchement	31
4.6. Aspects pronostiques.....	33
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	35
REFERENCES	40

INTRODUCTION

L'accouchement en présentation de siège reste un sujet vivement discuté en obstétrique et il passionne et divise les obstétriciens. Cela est dû à l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales mais aussi de la morbidité maternelle associée [1].

Il s'agit d'un accouchement eutocique potentiellement dystocique. En effet, dans la présentation du siège, les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume, et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable, créant ainsi la dystocie.

Pour entreprendre donc cet accouchement tant redouté des obstétriciens, il est indispensable d'évaluer les risques materno-foetaux. Cette évaluation doit permettre à l'accoucheur de programmer la césarienne ou de tenter la voie basse.

Le « Term Breech Trial » (TBT) d'Hannah publié en octobre 2000 est l'étude qui eut le plus d'impact sur les pratiques cliniques concernant la voie d'accouchement du siège [2]. Cette étude entraîna une augmentation considérable et constante du taux de césarienne pour les présentations du siège dans le monde entier, avec des taux pouvant atteindre 75 à 80% [3].

Plus tard, d'autres études ont vivement contesté les résultats du Term Breech Trial (TBT) du fait d'un manque de rigueur quant à la sélection des patientes, l'inexpérience de certains obstétriciens pour la présentation du siège et l'inclusion des décès néonataux non liés au mode d'accouchement [4].

En Afrique par contre, il y a eu beaucoup d'études et presque pas de recommandations, concernant l'accouchement du siège.

Toutes ces observations ont motivé le choix de notre étude. Dans la première partie, nous ferons une revue de la littérature sur l'accouchement de la présentation de siège et dans la deuxième partie, nous présenterons nos résultats que nous discuterons. Nous terminerons par une conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE
REVUE DE LA LITTERATURE

1. DEFINITION

La présentation du siège, encore appelée présentation podalique, est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du fœtus est en contact avec le détroit supérieur, alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [5].

2. PARTICULARITES DE LA PRESENTATION DU SIEGE

2.1. Fréquence

La présentation de siège représente 3.96% des grossesses [5, 6].

2.2. Modes de siège

-Présentation du siège complet : ou le fœtus est comme assis en tailleur (25%), les membres inférieurs repliés en flexion font partie de la présentation dont ils augmentent le volume.

-Présentation du siège décompleté : mode des fesses (75%) où les membres inférieurs en extension sont relevés au-devant du fœtus de sorte que les pieds arrivent aux épaules. Les fesses constituent ainsi toute la présentation.

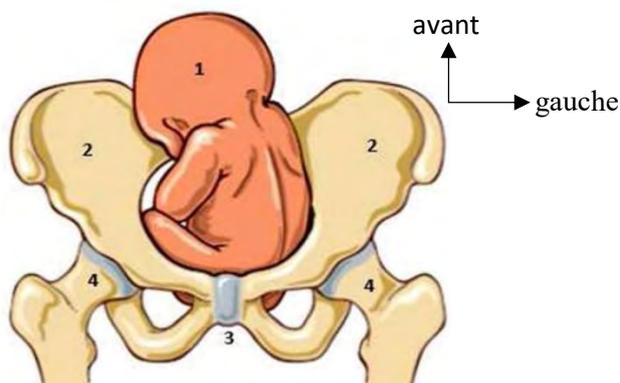


Figure 1: Présentation de siège complet

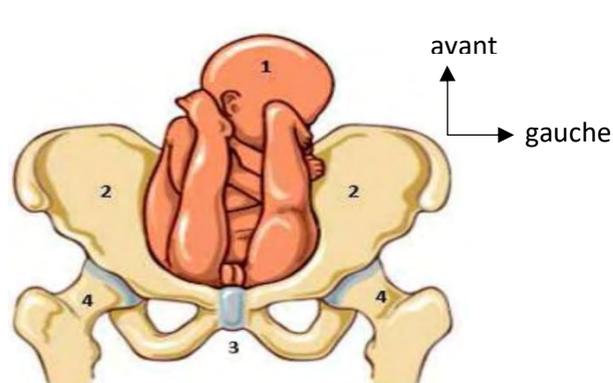


Figure 2: Présentation de siège décompleté

1: Tête du fœtus -2:Ailes iliaques -3:Symphyse pubienne -4:Têtes fémorale

2.3. Repère

Le repère de la présentation est le sacrum dont la situation par rapport au détroit supérieur permet de décrire quatre variétés de position :

- sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) ;
- sacro-iliaque droite antérieure (SIDA) ;

- sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP) ;
- sacro-iliaque droite postérieure (SIDP).

2.4. Diamètres

Le diamètre bi trochantérien représente le diamètre principal de la présentation du siège. Il mesure 9,5 cm.

Les diamètres sacrotibial et biacromial : 9 cm.

Le diamètre sous-occipito-frontal : 11 cm.

3. DIAGNOSTIC DE LA PRESENTATION DU SIEGE

3.1. Diagnostic positif

Le diagnostic des présentations du siège est indispensable pour éviter les interventions malheureuses et réduire la morbidité et la mortalité fœtales.

➤ Pendant la grossesse

L'interrogatoire recherche une douleur ou une gêne sous costale. Il peut révéler chez la multipare la notion d'un accouchement précédent par le siège [7].

L'inspection montre que l'utérus est ovoïde à grand axe longitudinal.

La palpation est le geste essentiel du diagnostic et doit être exécutée avec attention. Au niveau de la région sus-pubienne, le palper reconnaît un pôle irrégulier assez volumineux quand il s'agit d'un siège complet, il est plus rond, plus régulier et ferme quand il s'agit d'un siège décomplété. Dans le fond utérin, on trouve un pôle dur, 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 de l'autre côté les membres, «fuyants» [7].

L'auscultation met en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus assez haut situé.

Le toucher vaginal fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis.

➤ **Pendant le travail**

-Avant la rupture des membranes : il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions une présentation molle, sans une suture ni fontanelle, présentant un relief osseux à l'une des extrémités, c'est la pyramide sacrée (siège décomplété) ou une présentation plus irrégulière comportant des petits membres (siège complet).

-Après la rupture des membranes, le diagnostic est plus facile, précisant également le mode et la variété de position. On reconnaît deux masses molles 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, 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 le pied en cas de siège complet, situés entre le siège et la paroi pelvienne [7].

La Radiographie du contenu utérin et l'échographie peuvent redresser le diagnostic mais surtout effectuer une biométrie et préciser le degré de déflexion de la tête fœtale.

3.2. Diagnostic différentiel

La présentation du siège ne doit pas être confondue avec

- la présentation du sommet déformée par une volumineuse bosse séro-sanguine,
- la présentation de face où la pyramide nasale pourrait être confondue avec le coccyx
- l'anencéphalie.

3.3. Diagnostic étiologique

➤ **Facteurs maternels**

-Congénitales : Éperon médian, utérus unicorne, utérus bicorne ou aspect cylindrique de l'utérus chez une patiente primigeste.

-Acquises : Fibromes, tumeurs extrinsèques telles que les kystes ovariens, multiparité en raison de l'hypotonie utérine, primiparité, rétrécissements transversaux du bassin [8].

➤ **Facteurs ovulaires**

-Anomalies de la quantité du liquide amniotique (Hydramnios et oligo-amnios)

-Placenta prævia

-Anomalies du cordon (brièveté du cordon, circulaire du cordon...)

➤ **Facteurs fœtaux**

Prématurité [9], malformations [10], gémellité et grossesses multiples [11].

3.4. Complications

Les dystocies communes sont

- *Les dystocies mécaniques* : défaut d'engagement, défaut de progression ;
- *Les dystocies dynamiques* : utérine (contraction) ou cervicale (dilatation).

Autres dystocies : *Procidence du cordon, RPM, SFA, lenteur du travail.*

Dystocies propres : *Relèvement des bras, Rétention de tête dernière, rotation paradoxale*

3.5. Pronostic

Beaucoup d'auteurs considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique [5]. La mortalité fœtale est 3 fois plus élevée que dans le sommet.

La morbidité fœtale est liée aux :

- **Traumatismes** : hémorragies cérébro-méningées, lésions bulbaires et médullaires, paralysie du plexus brachial, fractures et luxations : clavicule et humérus, lésions viscérales : foie-rein-surrénales
- Et à l'**asphyxie**.

La morbidité maternelle est élevée marquée par : une augmentation du taux de césarienne, les déchirures du périnée, la rupture utérine.

La mortalité périnatale globale dans la présentation du siège est estimée à 4,2% [7].

4. MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement se déroule en 3 étapes de difficultés croissantes : celui du siège, des épaules et de la tête dernière.

4.1. Accouchement du siège

-Engagement

L'*orientation* amène le diamètre bi-trochantérien dans l'un des diamètres oblique du bassin. L'*amoindrissement* se fait par tassement transformant le diamètre sacro-tibial en diamètre sacro-pubien en cas de siège complet. L'*engagement* dans le siège décomplété ne nécessite aucun amoindrissement.

- **Descente et rotation** : Elles se font en spirale amenant le bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur
- **Dégagement** : Il se fait en sacro-transverse

4.2. Accouchement des épaules

- **L'engagement** : il s'effectue au moment du dégagement du siège. Dans les variétés antérieures, il est le même que celui utilisé par le diamètre bi-trochantérien et dans les variétés postérieures, le diamètre opposé.
- **La descente et rotation** Elles sont simultanées et amènent le dos en avant.
- **Le Dégagement** se fait en dorso-antérieur [5]. L'épaule antérieure se cale sous la symphyse pubienne et l'épaule postérieure parcourt le périnée.

4.3. Accouchement de la tête dernière

- **L'engagement** se fait dans un diamètre perpendiculaire à celui emprunté par les épaules.
- **La descente et rotation** se font en avant d'un huitième (1/8) de cercle amenant le sous-occiput sous la symphyse pubienne.
- **Le dégagement** se fait en occipito-pubien après fixation de l'occiput sous la symphyse.

5. CONDUITE A TENIR EN CAS DE PRESENTATION DU SIEGE

5.1. Pendant la grossesse

- Version par manœuvres externes (VME)
- Indication de césarienne
 - Absolues : bassins rétrécis, macrosomie fœtale, déflexion primitive de la tête, utérus cicatriciel, placenta prævia, brièveté congénital ou cicatriciel d'un périnée.
 - Relatives : grande prématurité, souffrance fœtale chronique, primipare âgée, antécédents de stérilité, antécédent de dystocie.

La primiparité est un sujet à controverse.

5.2. Pendant l'accouchement

L'accouchement par voie basse peut se dérouler tout à fait favorablement.

-Précautions : En milieu hospitalier (obstétricien, pédiatre, anesthésiste), partogramme, cardiotocographe, dynamique utérine correcte, respect de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète.

-Au cours de l'expulsion : ne faire pousser la parturiente qu'à partir du moment où le siège est sur le plancher périnéal, perfuser des ocytociques à partir de ce moment, ne jamais tirer prématurément sur le fœtus, faire une large épisiotomie, laisser le fœtus se dégager jusqu'à l'ombilic pour choisir l'une des options suivantes :

➤ Attitude abstentionniste

Elle reproduit au maximum la physiologie. Le dégagement jusqu'à l'ombilic fœtal représente le temps le plus long : 20 à 30 minutes. La deuxième phase du dégagement (épaule et tête dernière) doit être rapide et ne doit pas excéder 5 à 7 minutes, moment où le fœtus effectue généralement quelques inspirations.

➤ Attitude interventionniste ou aide à l'expulsion

- **Manœuvre de Lovset (1937)**

Cette manœuvre permet le dégagement des épaules du fœtus. Celui-ci est saisi par le bassin, entouré d'un champ, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigts sur l'aile iliaque.

On effectue une traction du fœtus vers le bas et une première rotation du dos vers l'avant pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse, puis une rotation de 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, qui se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire (figures 3).

Au total, c'est une double rotation qui a été effectuée et il n'y a donc pas d'introduction de la main dans les voies génitales.

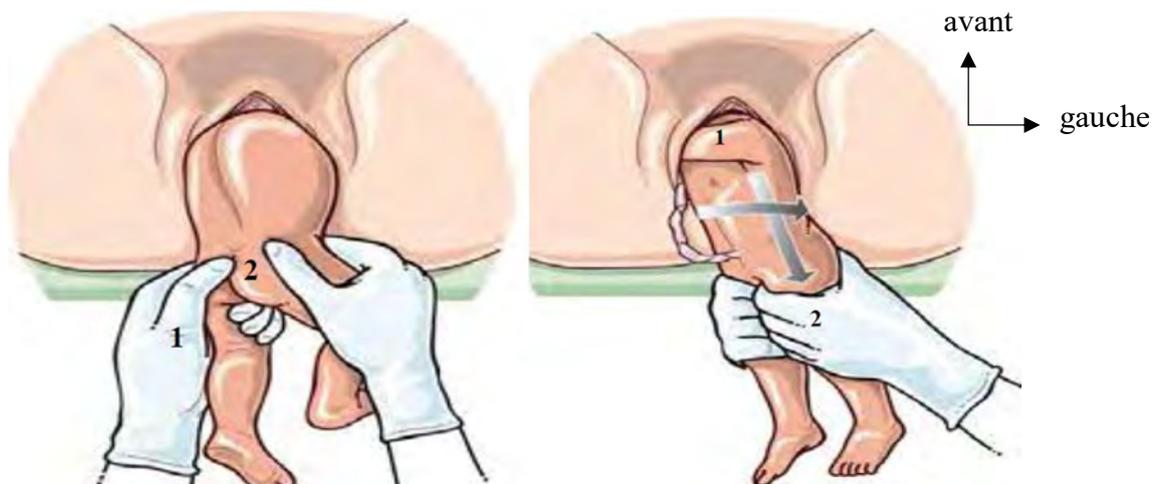


Figure 3: Préhension du fœtus par le bassin et Traction vers le bas et première rotation du dos fœtal au cours de la manœuvre de Lovset [8]

A gauche : 1 : main de l'opérateur, 2 : fesse du fœtus.

A droite : 1 : bras du fœtus 2 : main de l'opérateur.

- **Manœuvre de Mauriceau**

Cette manœuvre permet le dégagement de la tête fœtale. La tête doit être engagée. L'enfant est à califourchon sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue (figure 4). On fléchit la tête en amenant, sans violence, le menton sur l'appendice xiphoïde. L'autre main exerce une traction orientée en bas dans l'axe ombilico-coccygien sur les épaules fœtales. Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de sa mère.

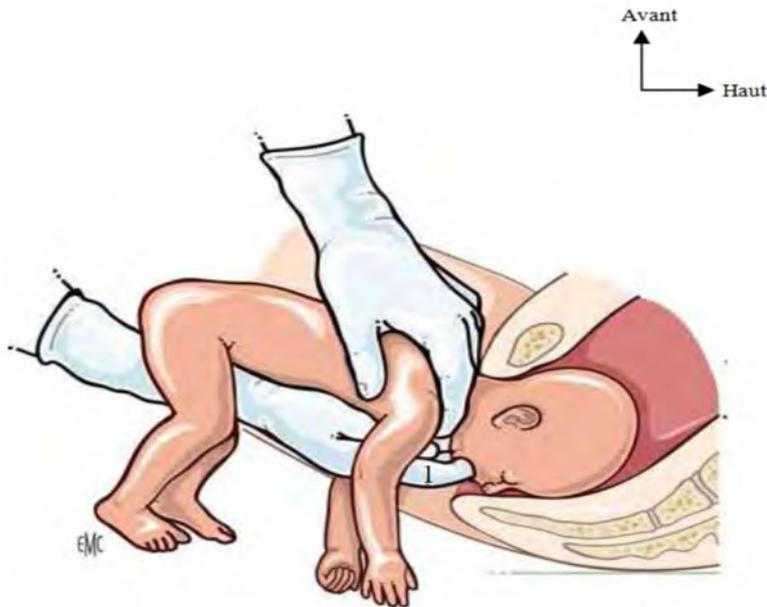


Figure 4: Préhension et traction selon l'axe ombilico-coccygien au cours de la manœuvre de Mauriceau [8]

- **Manœuvre de Bracht [8]**

A l'apparition la pointe des omoplates du fœtus, on empaume les 2 cuisses sans aucune traction, on relève progressivement le fœtus en le renversant vers le ventre de sa mère. La tête se dégage d'elle-même.

- **Grande Extraction du siège**

1er temps : une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône.

-**Siège complet :** La main introduite dans les voies génitales saisit le pied antérieur ou les deux pieds entre l'index et le médius. Par traction douce, on amène le pied à la vulve, puis la jambe, puis le genou.

- **Siège décomplété :** La manœuvre de Mantel-Pinard, permet d'abaisser le pied en fléchissant le genou du siège décomplété.

2ème temps : Le genou étant à la vulve, saisir la cuisse, orienter le diamètre bi-trochantérien dans un diamètre oblique du bassin puis tirer très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien ; le fœtus tourne le dos en avant. Au moment du dégagement, orienter le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Tirer vers le bas pour dégager la hanche antérieure, puis horizontalement et enfin vers le haut pour dégager la hanche postérieure, le membre postérieur se dégage alors.

3ème temps : la petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras (manœuvre de Lovset) et l'extraction de la tête dernière (manœuvres de Bracht et ou de Mauriceau, (figures 3 et 4).

Pour dégager le bras antérieur, la technique décrite par Lantuejoul sera effectuée: placer le pouce sous l'aisselle, l'index et le médium le long du bras, parallèles à celui-ci. Le bras est ensuite abaissé en lui faisant garder le contact avec la face antérieure du thorax du fœtus : « on fait se moucher le fœtus ».

Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et, comme précédemment, le pouce placé dans l'aisselle, les deuxième et troisième doigts le long du bras postérieur, parallèles à lui, on abaisse progressivement le bras postérieur en le portant vers la face antérieure du fœtus.

5.3. Conduite pendant la phase de délivrance

La délivrance est souvent pourvoyeuse d'hémorragies du post-partum et sa direction précoce peut considérablement les réduire. Ainsi la tendance actuelle est la direction de la délivrance avec l'utilisation des dérivés ocytotiques dès que les épaules sont dégagées. C'est la délivrance dirigée.

Une délivrance artificielle est indiquée en cas d'hémorragie.

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la maternité de référence du district Nord de la région médicale de Dakar, le centre de santé Nabil Choucair.

1.1. Centre de santé Nabil Choucair

Le Centre de Santé Nabil Choucair (CSNC) est situé dans la commune d'arrondissement de la patte d'oie. A ses débuts, cette structure fut un poste de santé jouxtant un centre social de la Croix Rouge. Ce poste de santé fut inauguré le 11 Juin 1981. C'est en 1990, grâce au financement de la Banque Mondiale dans le cadre du Programme de Développement des Ressources Humaines (PDRH) que ce poste de santé a connu une réhabilitation et une extension qui le transformèrent en Centre de Santé.

1.2. Activité de la maternité du Centre de Santé

La prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales y est assurée 24 heures sur 24 par des équipes de spécialistes en Gynécologie-Obstétrique, de médecins en cours de spécialisation, de Sages-femmes et d'Infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-natals, de planification familiale et d'échographie y sont effectués au quotidien. La chirurgie programmée se fait tous les jours et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale).

La maternité, sous la tutelle du personnel de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier National Universitaire (CHNU) Aristide Le Dantec, reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des sages-femmes et des élèves sages-femmes.

Le tableau I rapporte les infrastructures et équipements dans la maternité du CSNC.

Tableau I: Infrastructures et équipements de la Maternité du Centre de Santé Nabil Choucair

Centre de Santé Nabil Choucair (CSNC)	
Infrastructures et Equipements de la Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • une salle de tri ; • une salle d'accouchement avec, quatre tables d'accouchements, deux lits de travail et une salle de garde • une unité d'hospitalisation composée de 20 lits • un bloc opératoire avec deux tables opératoires fonctionnelles ; • trois lits en salle de réveil ; • une salle de crèche. • une unité de consultations externes et d'échographie
Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Maitre-Assistant, - 2 Gynécologues-Obstétriciens, - 12 Médecins inscrits au Diplôme d'Etude Spécialisées (DES), - 2 techniciens supérieurs en Anesthésie - 1 maitresse Sage-femme, -17 Sages-femmes, -1 major du bloc opératoire, -2 infirmières brevetées ; -11 aides infirmiers ; -7 agents de santé communautaires.

2. PATIENTES ET METHODES

2.1. Type d'étude et durée

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur une période allant du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2018 soit une durée de 14 ans (168 mois)

2.2. Population cible

La population cible était constituée par l'ensemble des primipares admises à la maternité du Centre de Sante Nabil Choucair pour accouchement en présentation du siège.

2.3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude les primipares porteuses d'une grossesse monofoetale dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée (SA), et ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège.

2.4. Critères de non-inclusion

Nous avons exclu de notre étude toutes les patientes dont les dossiers étaient inexploitable en raison d'un nombre important de données manquantes, ainsi que les grossesses arrêtées, les grossesses gémellaires et les parturientes qui n'étaient pas primipares.

2.5. Paramètres étudiés

Pour chaque patiente nous avons étudiés les paramètres suivants :

- Les caractéristiques sociodémographiques (âge, gestité) ;
- L'histoire de la grossesse ;
- Les données à l'admission (mode d'admission, motifs d'admission, données cliniques) ;
- Les données du travail et de l'accouchement ;
- Les données néonatales (score d'Apgar, poids de naissance, devenir néonatal) ;
- L'évolution et le pronostic maternel et néonatal.

2.6. Collecte et analyse des données

La collecte était réalisée grâce à la fiche signalétique (annexe) remplie sur la base de l'analyse des dossiers, du registre d'accouchement, du registre du bloc opératoire et des cahiers de compte rendu opératoire.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel Excel.

3. RESULTATS

3.1. Effectif

Du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2018, nous avons enregistré 463 présentations de siège chez les primipares sur 73661 accouchements, soit une fréquence 0,6%.

3.2. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

➤ Age

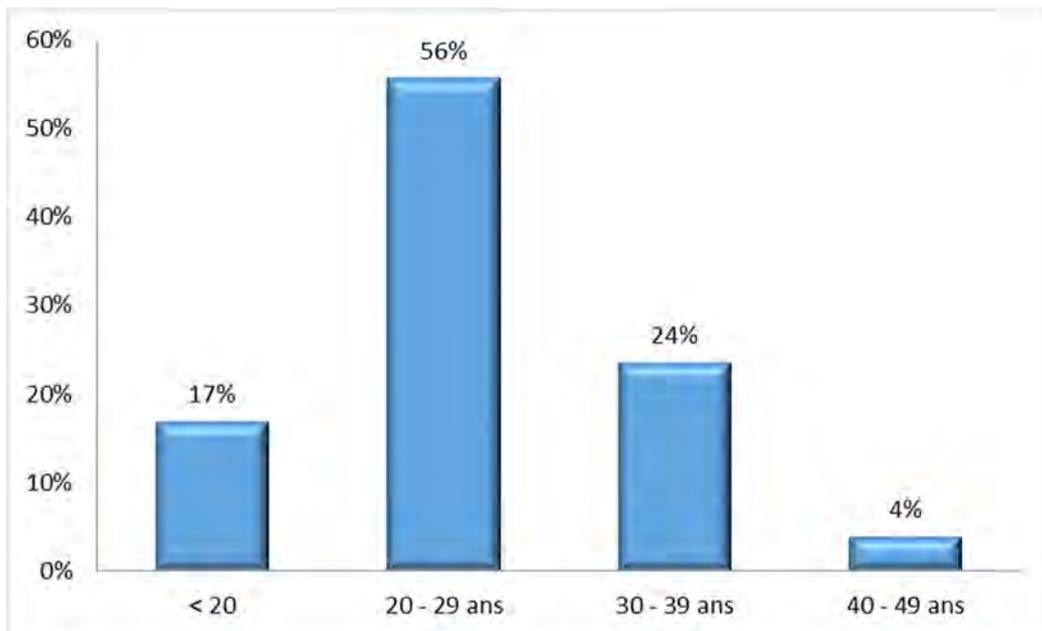


Figure 5: Répartition des patientes selon l'âge (n=463)

L'âge moyen des patientes était 25,8 avec des extrêmes de 15 et 48 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des patientes âgées de 20 à 49 ans, soit 259 (56%) patientes (figure 5)

➤ **Gestité**

La majorité des patientes étaient primigestes (98%).

➤ **Parité**

Dans notre série toutes les patientes étaient primipares.

3.3. Antécédents médico-chirurgicaux

Dans notre étude, 10 (2,2%) patientes présentaient des myomes. 14 (3%) patientes présentaient une hypertension lors de la grossesse, 3 (0,6%) patientes étaient drépanocytaires, 11 (2,4%) patientes avaient un antécédent d'avortement.

Dans notre étude 8 (1,7%) patientes avaient un antécédent chirurgical dont 5 (1,1%) myomectomies, 2 (0,4%) kystectomies, 1 (0,2%) salpingectomie pour grossesse extra-utérine (GEU).

3.4. Histoire de la grossesse

✓ **Suivi prénatal**

Plus de la moitié des patientes (61,5%) avaient effectué au moins 04CPN. Le nombre moyen de CPN était de 3,6 avec des extrêmes allant de 0 à 10.

✓ **Bilan prénatal**

Dans notre étude la majorité des patientes avaient effectué un bilan prénatal, soit 352 (76%).

✓ **Diagnostic de la présentation du siège**

Le diagnostic de la présentation de siège a été posé par l'échographie chez 93 (20%) patientes.

Dans la majorité des cas le diagnostic de la présentation du siège a été fait au cours du travail, soit 370 (80%) patientes.

✓ **Pratique de la scannopelvimetrie**

Dans notre étude aucun dossier ne faisait état d'un résultat de scannopelvimetrie.

3.5. Données cliniques à l'admission

✓ Mode d'admission

Dans la majorité des cas les patientes étaient venues d'elles même, soit 296 (63,9%) patientes. Les patientes évacuées étaient au nombre de 98 (21,1%). Celles référées étaient au nombre de 61 (13,2%). Celles programmées étaient au nombre de 7 (1,5%).

✓ Terme de la grossesse

La majorité des patientes 430 (92,9%) étaient à terme. Pour 14 (3%) patientes la grossesse n'était pas à terme. Enfin le dépassement de terme concernait 12 (2,6%) patientes.

✓ Hauteur utérine

La hauteur utérine moyenne était de 31,8 cm avec des limites allant de 25 à 39. Chez 386 (83,3%) patientes la hauteur utérine était inférieure à 36cm. Chez 4 (0,9%) patientes la hauteur utérine n'était pas précisée (Tableau II).

Tableau II: Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 28	37	8
[29-35]	386	83,3
≥36	36	7,8
NP	4	0,9
Total	463	100

✓ Vitalité fœtale

Chez 451 (97,4%) patientes les bruits du cœur fœtal étaient perçus.

✓ Etat du col et des membranes

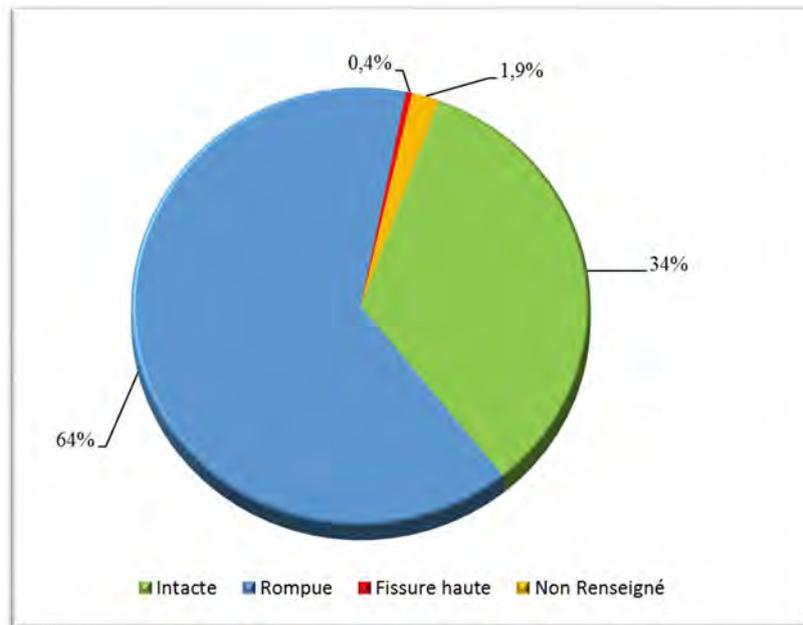


Figure 6: Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission

La dilatation moyenne du col était de 4cm avec des extrêmes allant de 0 à 10cm. Dans notre étude 83 (17,9%) patientes étaient admises à dilatation complète.

Les patientes admises en phase active du travail étaient au nombre de 221 (47,7%), celles admises en phase de latence étaient au nombre de 203 (43,8%), enfin 39 (8,5%) patientes n'étaient pas en travail. 83 (17,9%) patientes étaient à dilatation complète à l'admission.

Chez la majorité des patientes 298 (64,4%) les membranes étaient rompues (Figure 6). Le liquide amniotique était clair chez 134 (45%) patientes, il était méconial chez 72 (24,1%) patientes et teinté chez 58 (19,5%).

✓ Mode de siège

Parmi les 463 présentations de siège, nous avons dénombré 235 (50,7%) en mode complet, 117 (25,3%) en mode décompleté et pour 111 (24%) patientes le mode n'était pas renseigné.

✓ Niveau de la présentation

Dans la majorité des cas (54,2%) la présentation était mobile ou appliquée (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau de la présentation

Niveau de la présentation	Effectif	Pourcentage (%)
Mobile	170	36,7
Appliquée	81	17,5
Fixée	115	24,8
Engagée	89	19,2
NP	8	1,7
Total	463	100

✓ **Résultats de la pelvimétrie clinique**

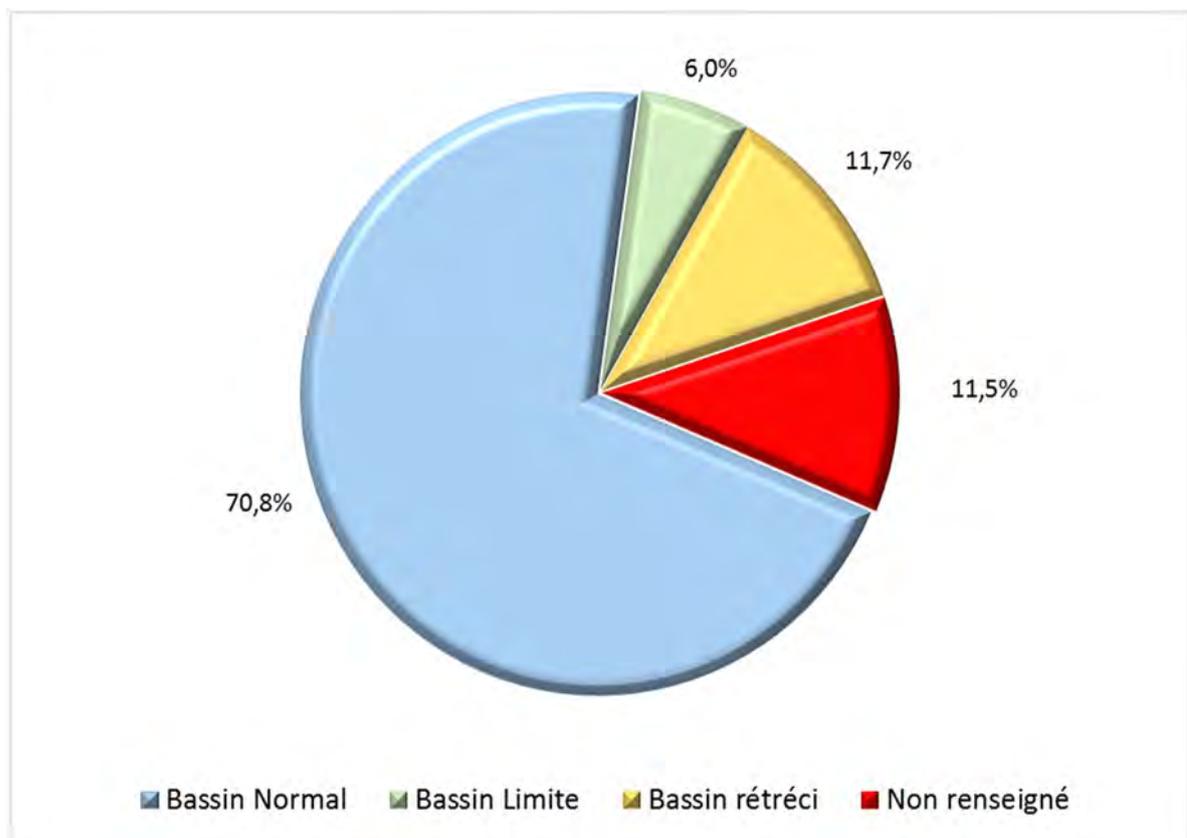


Figure 7: Répartition des patientes selon le type de bassin

La majorité des patientes avaient un bassin cliniquement normal, soit 328 (70,8%) patientes. Pour 28 (6%) patientes le bassin était limité. Pour 54 (11,7%) patientes le bassin était rétréci, dont 41 (75,9%) BTR et 13 (24,1%) BGR (Figure 7).

3.6. Données de l'accouchement

✓ Voie d'accouchement

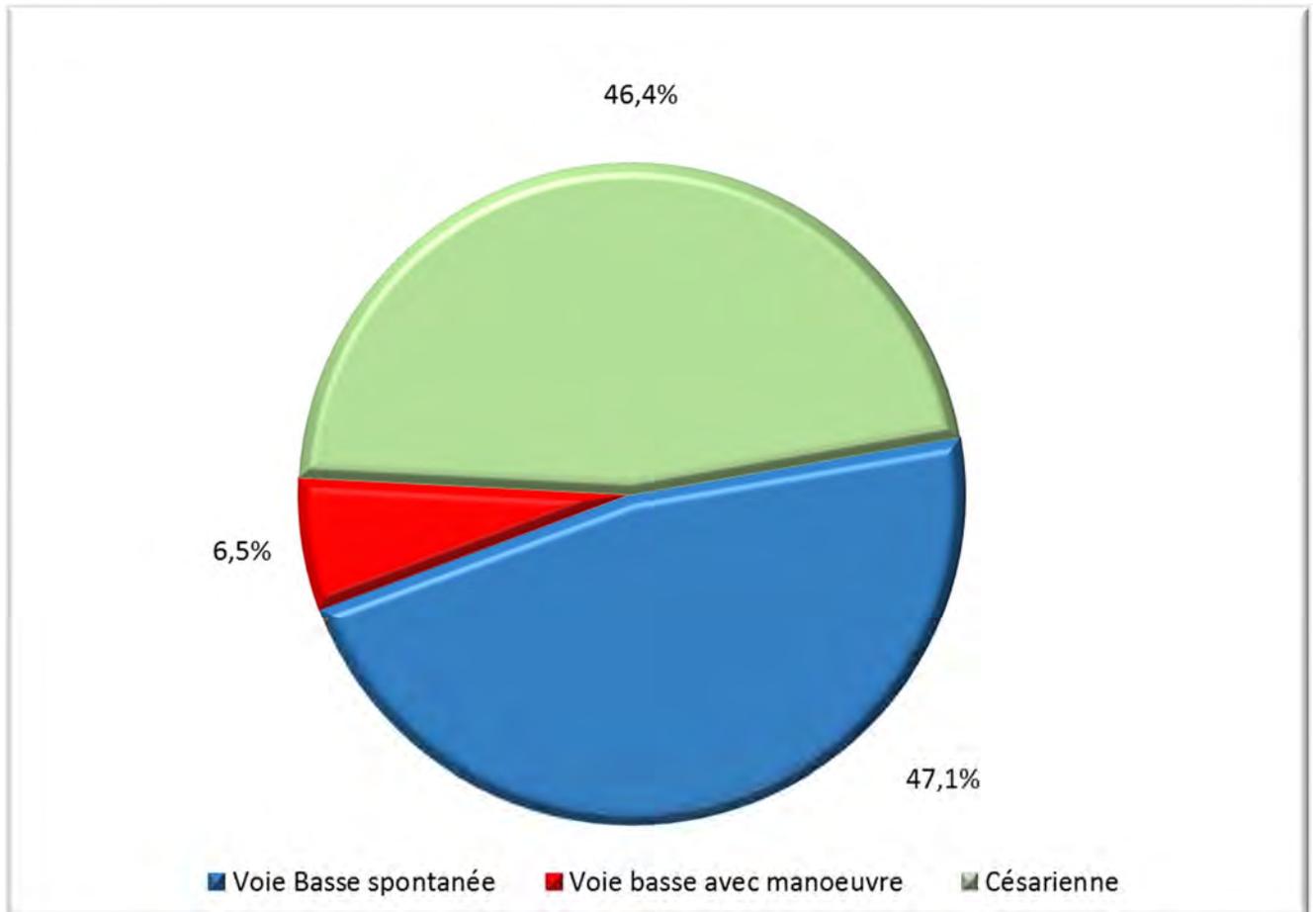


Figure 8: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

Dans notre étude les accouchements par voie basses étaient au nombre de 248 (53,6%), dont 218 (47,1%) spontanés. Les manoeuvres d'extraction fœtale étaient effectuées chez 30 (6,5%) patientes (Figure 8).

Les césariennes étaient au nombre de 215 (46,4%). Parmi les césariennes 7 (3,3%) ont été programmées, les 208 (96,7%) autres césariennes ont été réalisées au cours du travail.

La surveillance du travail par le partogramme était réalisée chez 153 (33,5%) patientes.

✓ Indications de césarienne

Les indications foeto-annexielles étaient au nombre de 102 (47,5%), elles étaient dominées par la RPM au nombre de 55 (25,6%) et la SFA au nombre de 30 (14%). Les indications maternelles au nombre de 65 (30,2%) étaient dominées par les atteintes du bassin au nombre de 45 (20,9%). Les indications mixtes étaient au nombre de 48 (22,3%), (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage (%)
Maternelles		
Bassin	45	20,9
Myome	6	2,8
Syndrome vasculo-rénaux	6	2,8
Primiparité	5	2,3
Utérus cicatriciel	3	1,4
Foeto-annexielles		
RPM	55	25,6
SFA	30	14
Macrosomie	14	6,5
Procidence du cordon	2	0,9
Dystocie funiculaire	1	0,5
Mixtes	48	22,3
Total	215	100

✓ Episiotomie et déchirures

Une épisiotomie a été réalisée chez 136 (29,4%) patientes. Une déchirure a été constatée chez 9 (1,9%) patientes dont 7 (1,5%) au premier degré, 1 (0,2%) au 2^e degré et 1 (0,2%) déchirure vaginale.

✓ Manœuvres obstétricales

Le nombre de manœuvre était de 55 avec prédominance des manœuvres de Lovset et de Bracht tous les 2 au nombre de 14 (25.5%) (Tableau V).

Tableau V : Répartition des patientes selon les manœuvres

Manœuvres / Intervention	Effectif	Pourcentage (%)
Manœuvre de Bracht	14	25,5
Manœuvre de Lovset	14	25,5
Manœuvre de Mauriceau	12	21,8
Grande extraction du siège	9	16,3
Petite extraction aidée	6	10,9
Total	55	100

✓ **Mode de délivrance**

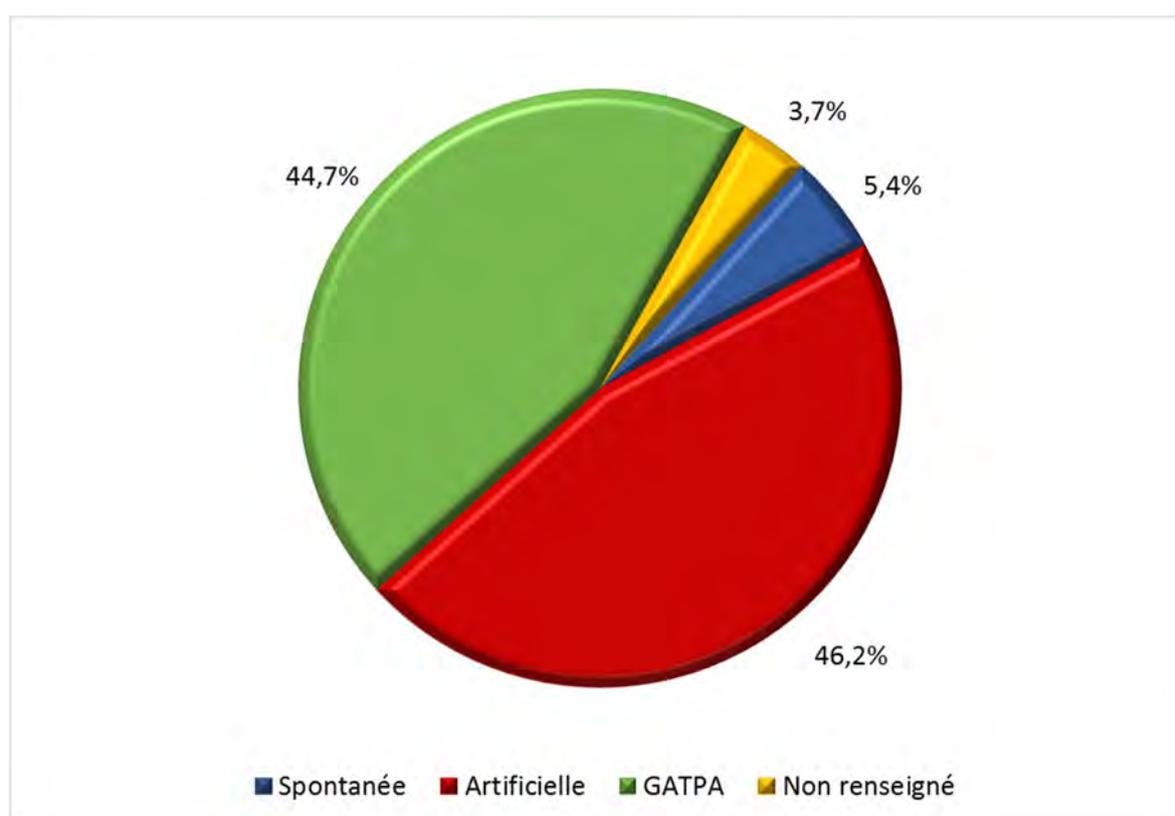


Figure 9: Répartition des patientes selon le mode de délivrance

Dans notre étude la délivrance artificielle était réalisée chez 214 (46,2%) patientes. La GATPA était réalisée chez 207 (44,7%) patientes. La délivrance était spontanée chez 25 (5,4%) patientes, (Figure 9).

3.7. Données néonatales

✓ Score d'Apgar

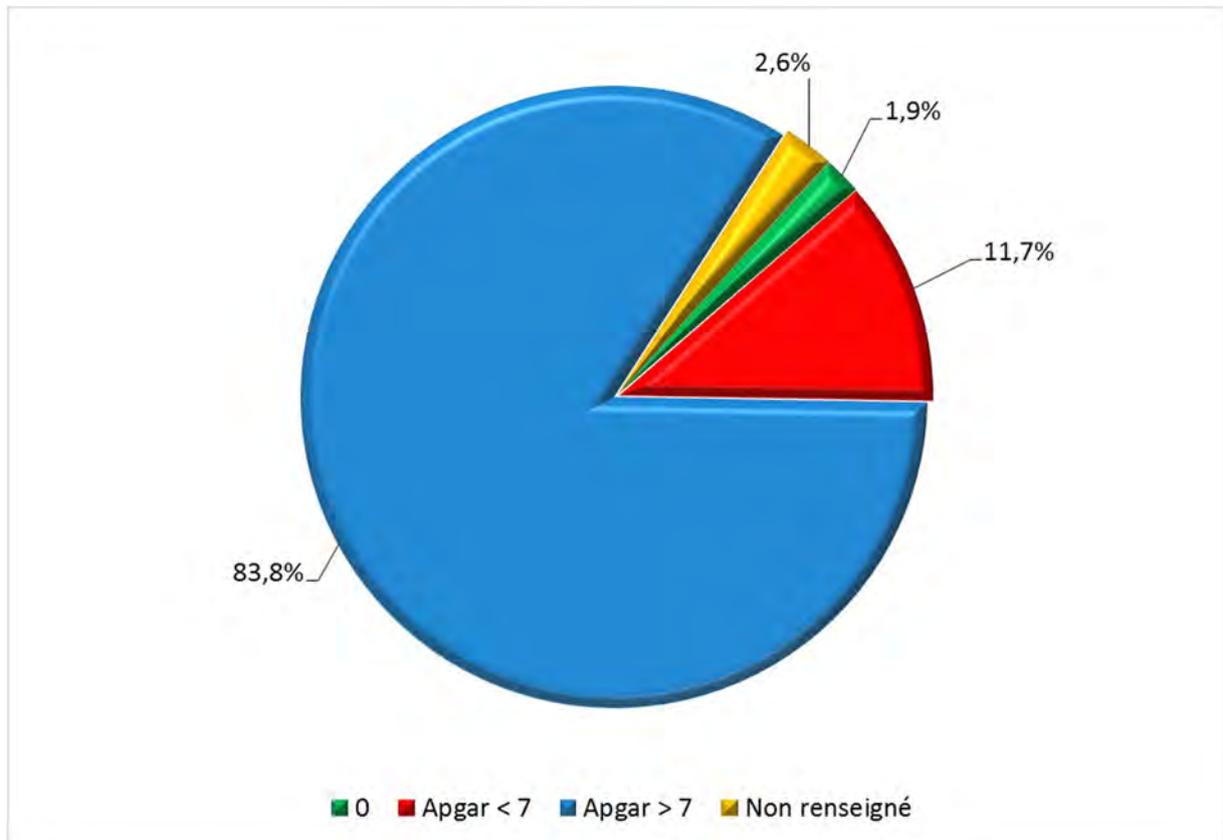


Figure 10: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Nous avons choisi le score d'Apgar à la 5^e minute pour juger pour apprécier l'état des nouveaux nés à la naissance. Nous avons pris comme critère de morbidité fœtale un score d'Apgar inférieur à 7. Dans notre étude, la majorité des nouveau-nés soit 388 (83,8%) avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 alors que 54 (11,7%) nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 et 9 (1,9%) étaient mort-nés, (Figure 10).

✓ Poids de naissance

Dans notre série le poids moyen était de 2837,7 grammes avec des extrêmes allant de 1200 à 4200 grammes. Nous avons dénombré 13 (2,8%) cas de macrosomie, parmi eux 12 (92,3%) étaient nés par césarienne. Les nouveau-nés avec un faible poids de naissance étaient au nombre de 113 (24,3%) (Tableau VI).

Tableau VI: Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids	Effectif	Pourcentage (%)
<2000	10	2.2
2000-4000	436	94,2
>4000	10	2.2
Non renseigné	7	1.5
Total	463	100

✓ **Sexe**

Dans notre étude nous avons répertoriés 246 (53,1%) nouveau-nés de sexe féminin contre 217 (46,9%) nouveau-nés de sexe masculin.

3.8. Pronostic

➤ **Pronostic maternel**

Dans notre série 10 (2,2%) patientes ont présenté des complications dominées par :

- Les déchirures traumatiques : 5 (50%) patientes parmi lesquels 4 (40%) déchirures vaginales et 1 (10%) déchirure du col. Parmi ces patientes 3 (30%) ont présenté une hémorragie du post-partum immédiat ;
- La prééclampsie sévère : 3 (30%) patientes dont une a été évacuée en réanimation ;
- La rupture utérine : 1(10%) patiente qui a séjourné 2jours en réanimation.

➤ **Pronostic néonatal**

Dans notre série nous avons dénombré 9 (1,9%) morts néonatales dont 3 dans un contexte de souffrance fœtale aigue, 1 rupture utérine, 1 achondroplasie, 1 prééclampsie sévère. Pour 4 cas de morts néonatales les parturientes étaient reçues à dilatation complète.

L'hypotrophie fœtale concernait 90 (19,4%) nouveau-nés parmi eux 54 (60%) étaient nés par voie basse. La prématurité concernait 11 (2,4%) nouveau-nés.

Les nouveau-nés avec un faible poids de naissances étaient au nombre de 99 (21,4%). Parmi eux 63(63,6%) étaient nés par voie basse et 20 (20,2%) avaient

un score d'Apgar à la cinquième minute inférieur à 7. Tandis que les 10 macrosomes sont tous nés par césarienne.

Les malformations concernaient 3 (0,6%) nouveau-nés. Il s'agissait de d'un cas d'omphalocèle, un de cas d'achondroplasie, un cas syndrome polymalformatif.

Une réanimation a été faite chez 9 (1,9%) nouveau-nés dont un réanimé en vain.

4. DISCUSSION

4.1. Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective. Beaucoup de dossiers étaient incomplets parfois inexploitable.

4.2. Aspects socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était 25,8 avec des extrêmes allant de 15 à 48 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des patientes âgées de 20 à 29 ans, soit 259 (56%) patientes. Nos résultats sont similaires à ceux de Sambou qui rapportait un âge moyen de 26,5 avec des extrêmes de 15 à 48 ans [12].

Bentahir, retrouvait un âge moyen de 26,7 avec des extrêmes allant de 14 à 44 ans [13].

4.3. Aspects diagnostiques

Dans notre étude le diagnostic de siège était posé avant le travail chez seulement 20% des patientes. Nos résultats diffèrent légèrement de ceux de Sambou avec 10,1% de siège diagnostiqué avant le travail [12].

Dans l'étude de Bentahir aucun diagnostic de siège n'était fait avant le travail [13].

Dans notre série, nous avons dénombré 50,7% de mode complet, 25,3% de mode décompleté et 24% dont le mode n'a pas été renseigné. Nos chiffres rejoignent ceux de Koné qui notait une légère prédominance du mode complet, 55% contre 45% de mode décompleté [14].

Sambou dans sa série avait retrouvé 60 % de siège décompleté contre 40% de siège complet. Ses chiffres sont en adéquation avec ceux de la littérature notamment Descargues avec 72,6% de siège décompleté et Dubois, 71% de siège décompleté [12, 15, 16].

Dans notre série 20% des patientes avaient bénéficié d'au moins une échographie. Nos résultats sont en adéquation avec ceux de Farid chez qui 20,6% des patientes avaient bénéficié d'au moins une échographie. Dans la série de Bentahir 14,6% des patientes avaient fait au moins une échographie alors que dans la série de Sambou seulement 8% avaient fait au moins une échographie [11, 12, 13].

Dans notre série, aucune patiente n'avait bénéficié de radiopelvimétrie ou scannopelvimétrie c'est le cas de Sambou et de Bentahir [12, 13].

Nous remarquons que ces faibles taux d'échographie s'améliorent avec le temps, les patientes ont de plus en plus accès à l'échographie.

4.4. Facteurs étiologiques

➤ Facteurs maternels

La primiparité est un facteur favorisant de présentation du siège. Ceci s'explique par le fait que l'utérus est tonique. Certains utérus sont étroits et cylindriques et leur paroi manque de souplesse [7].

Dans notre série toutes les patientes étaient primipares.

Les malformations utérines qui peuvent être congénitales ou acquises, constituent classiquement des facteurs favorisant de la présentation du siège. Dubois estime leur fréquence à 5% [9].

Dans notre série, aucune malformation utérine n'était rapportée. Ceci est à prendre avec circonspection du fait de la sous notification de ces antécédents dans les dossiers.

Le fibrome utérin était retrouvé chez 2,8% de nos patientes.

Le fibrome utérin déforme la cavité utérine et altère la valeur fonctionnelle du myomètre empêchant la culbute physiologique.

Dans notre série 70,8% des patientes avaient un bassin normal. Nous avons recensé 11,7% de bassins cliniquement pathologiques. Bentahir dans son étude retrouvait 7,7% de bassins pathologiques, quant à Sambou elle en retrouvait 6% [12, 13].

Cette évaluation s'étant basée uniquement sur la clinique et donc qualitativement insuffisante pour apprécier à sa juste valeur l'influence du bassin pathologique sur le pronostic de l'accouchement dans notre série. L'idéal serait de pratiquer une radiopelvimétrie ou même une scannopelvimétrie chez toutes les femmes ayant accouché par le siège, permettant de confirmer les viciations pelviennes de constat clinique et de mettre en évidence certaines anomalies du bassin passées inaperçues à l'exploration clinique.

Pour ce qui est de l'accouchement par voie basse d'une présentation du siège avec un bassin rétréci, aucun accord n'a pu se faire sur les mesures limites proposées ;

l'indice de Magnin ne peut être utilisé ici qu'avec circonspection : chaque diamètre du bassin doit être pris en compte [17].

➤ **Facteurs fœto-annexiels**

Dans notre étude le taux d'accouchement prématuré était de 2,4%. Nos résultats sont proches de ceux de Sambou qui retrouvait un taux de 1,04% [12].

Par contre Bentahir dans son étude relevait un taux d'accouchement prématuré à 17% et Farid 38,7% [11, 13].

Dellenbach a rapporté, sur une série de 1000 grossesses suivies échographiquement :

- 27,1% de sièges à 26 semaines d'aménorrhée ;
- 14,5% de sièges à 32 SA ;
- 1,4% de sièges au-delà de 37 SA.

Il émanait de cette étude un constat : plus on se rapproche du terme, plus le taux de présentation du siège diminue [18].

Dans notre série, les malformations fœtales concernaient 0,6% des nouveaux nés. Sambou retrouvait 2,47% de malformations fœtales [12].

Ces taux sont inférieurs aux taux rapportés dans la littérature [19].

Des malformations diverses et variées peuvent survenir dans la présentation du siège, particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...), ou son activité (Spina bifida, myéloméningocèle, Trisomie 13 et 18) gênant ainsi la culbute fœtale [9].

Dans notre série, nous n'avons relevé aucun cas de placenta prævia ni de brièveté du cordon, et ceci à prendre avec circonspection du fait de la nature rétrospective de notre travail.

Dans la littérature, on impute au placenta prævia et à la brièveté du cordon, de même qu'aux anomalies d'insertion placentaire, la responsabilité d'empêcher la bascule du fœtus, et d'entraîner une difficulté d'engagement [9].

Ainsi, la brièveté du cordon peut empêcher la mutation du septième mois, et une tumeur prævia, pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale.

4.5. Mode d'accouchement

Dans notre série le taux d'accouchement par voie basse était 53,6%. En comparant ce taux à ceux des maternités de certains pays du Maghreb, nous constatons qu'il est inférieur à ceux de Abassi à Meknès (Maroc) qui rapporte un taux de 90,3% [14].

Notre taux d'accouchements par voie basse reste également supérieur aux taux relevés dans la littérature occidentale où la fréquence des accouchements par voie basse dépasse rarement 50% [20].

Plusieurs facteurs peuvent influencer le mode d'accouchement qu'ils soient maternels ou foeto-annexiels.

Concernant les facteurs maternels, la primiparité est considérée comme défavorable [10]. Ceci pourrait expliquer les taux retrouvés dans notre série.

Nos résultats ont en effet montré que le taux d'accouchement par voie basse était significativement moins important chez les primipares.

Les principaux facteurs annexiels qui ont influencé le mode d'accouchement étaient l'âge gestationnel, l'état des membranes et le poids de naissance.

Tous les prématurés, qui étaient au nombre de 11 (2,4%), sont nés par voie basse spontanée. La césarienne et les manœuvres d'extraction fœtale ont été plus souvent réalisées pour des grossesses à terme.

La majorité des auteurs, préconisent la césarienne en cas de terme compris entre 28 et 33 semaines, et un poids estimé inférieur à 2000 g. La voie basse en revanche peut être acceptée si le terme est supérieur à 34 semaines, le poids estimé au-dessus de 2000 g et en l'absence d'anomalies fœtales [9, 10].

Ceci ne concorde pas avec les résultats de notre étude. Ce fait pourrait être lié au retard diagnostique et thérapeutique de la présentation du siège constaté dans notre série.

Par contre, dans notre série, une césarienne était réalisée dans 100% des cas de macrosomie, ceci est certainement dû au fait que nos patientes étaient toutes primipares.

La macrosomie est un facteur de risque de rétention de la tête dernière, la césarienne est conseillée pour toute estimation du poids à plus de 4000 g pour

Erkkola, et à plus de 3800 g pour Audra. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature [2, 6].

La rupture prématurée des membranes dans notre série, était une indication de césarienne dans tous les cas 25,6%. Nos résultats sont ainsi en phase avec les données de la littérature où Descargues, retrouvait des taux de césarienne élevés lorsque les membranes étaient rompues [15].

Merger, en fait une indication de césarienne, si elle n'est pas suivie dans les 10 heures, d'une franche entrée en travail [5].

Quant à la prise en charge de l'accouchement proprement dit, l'abstention (technique de Vermelin) a été la méthode de choix chez 47,1% dans notre série. Quand une intervention était requise, c'est les manœuvres de Lovset et de Bracht ont été la plus utilisée 25,5% des manœuvres chacune. Les autres manœuvres (grande extraction de siège et petite extraction aidée) furent rarement utilisées avec respectivement 16,3% et 10,9%. Plusieurs auteurs préconisent l'abstention complète, laissant l'expulsion se dérouler normalement ; l'expérience et l'habilité de l'accoucheur y jouant un rôle primordial [9].

Sur les 463 accouchements du siège, 46,6% étaient des césariennes. Nos chiffres dépassent largement ceux de Farid qui, au cours de son étude en 1992 au CHU Aristide Le Dantec, rapportait une fréquence à 16,7%. Ils restent également supérieurs à ceux de Sambou qui retrouvait 31% de césarienne. Bentahir quant à lui retrouvait une fréquence de 39% alors que Mouhamed rapportait un taux global de césarienne de 55,1% [11, 12 ; 13, 21].

Par contre, notre taux est en deçà de ceux rapportés dans la littérature occidentale : Berger et Hannah qui rapportaient respectivement 56,5% et 73,5% de césariennes [10, 22].

Nos forts taux par rapports à ceux rapportés dans la littérature africaine pourraient s'expliquer par la primiparité de nos patientes.

Dans notre série, 96,7% des césariennes étaient réalisées au cours du travail. La fréquence des césariennes pendant le travail varie selon les auteurs : elle est de 10% pour Audra [2] et Dubois [20], 26,5% pour Descargues [15] et de, 41,93% pour Abassi [14]. Ce constat reflète une fois de plus le retard apporté au diagnostic et à la prise en charge de la présentation du siège, le plus souvent découverte au cours du travail [2, 14, 15, 20].

4.6. Aspects pronostiques

➤ Pronostic maternel

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel. Cependant, Moldin et coll., à propos de 63075 césariennes, ont recensé 8 cas pour lesquels l'intervention a causé le décès maternel, et concluent qu'en Suède, ce risque est 12 fois plus élevé qu'après accouchement par voie basse [23].

Pour Erkkola, outre la morbidité, la césarienne entraîne une réduction du taux ultérieur des grossesses chez ces femmes [6].

Dans notre étude, nous avons enregistré un taux un 1,9% de déchirures

L'épisiotomie était réalisée dans 29,4% des cas dans notre série. Pour Caballero, elle devrait être systématique chez la primipare et réalisée en cas de nécessité chez la multipare [19]. Cette dernière assertion n'est pas en adéquation avec notre étude où toutes les patientes étaient primipares.

La primiparité est classiquement considérée comme un facteur de mauvais pronostic [17]. Selon Merger « chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, au contraire, le pronostic foetal comporte toujours une réserve » [5].

Pour Suzanne, la primiparité s'accompagne d'un taux de mortalité périnatale accrue. Quant à la multiparité, même s'il était classique d'admettre que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée, beaucoup d'auteurs se montrent d'un avis contraire, surtout en ce qui concerne la grande multiparité [9, 24].

➤ Pronostic foetal

L'accouchement en présentation du siège expose à une mortalité et une morbidité périnatale accrues [17].

L'hypotrophie foetale concernait 19,4% des nouveau-nés parmi eux 60% étaient nés par voie basse. La prématurité concernait 2,4% nouveau-nés.

Les nouveau-nés avec un faible poids de naissance représentaient 21,4% des cas. Parmi eux 20,2% avaient un score d'Apgar à la cinquième minute inférieur à 7.

Dans la littérature, la plupart des auteurs soulignent une morbidité élevée chez les nouveau-nés de moins de 2500 g nés en présentation de siège [16].

Pour Dubois, la morbidité fœtale est nettement élevée, avec des scores d'Apgar à 1 minute et à 5 minutes inférieurs à 4 si l'accouchement se fait par voie basse pour le fœtus de faible poids de naissance [9].

Dans notre étude nous avons déploré 19‰ de décès périnataux ont été répertoriés, soit une fréquence de 4,4%, taux proche de ceux de certaines maternités africaines au cours de cette dernière décennie ; mais élevé en comparaison avec ceux des pays industrialisés dits « pays à faible mortalité périnatale » où la mortalité néonatale globale oscille entre 5‰ et 19‰ [20]. Notre taux est plus bas que ceux rapportés dans la littérature africaine : Sambou: 44‰, Mouhamed : 16‰, Bentahir :126‰ [12, 13, 21].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes. Aux partisans de la césarienne systématique s'opposent les partisans de la voie basse qui réclament une meilleure connaissance des facteurs de risque, afin de restreindre les indications abusives de césarienne qui ne feraient que multiplier la mortalité et la morbidité maternelle, le coût en santé publique, et engager le pronostic des grossesses ultérieures. Beaucoup de recommandations ont été formulées mais jusqu'à présent aucun consensus international n'a été obtenu quant à la prise en charge de l'accouchement du siège. Ceci a motivé en grande partie le choix de ce travail dont le but était de faire un état des lieux de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège dans une maternité africaine.

Ce travail est le fruit d'une étude rétrospective, descriptive menée à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar sur une période de quatorze ans (168mois), du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2018. Elle avait pour objectifs :

- de déterminer la fréquence de la présentation du siège chez la primipare ;
- d'en décrire les particularités diagnostiques ;
- d'apprécier le pronostic de l'accouchement en présentation du siège ;
- de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège ;
- et de formuler des recommandations pour contribuer à leur meilleure prise en charge

Durant cette période, nous avons enregistré 463 cas de présentation du siège chez la primipare sur les 73661 accouchements qui ont été effectués à la maternité du dit centre, soit une fréquence de 0,6%. Parmi ces 463 cas, 235sièges étaient complets contre 117 décomplétés, soit respectivement 50,7% et 25,3%.

L'âge moyen des parturientes était de 25,8 ans. Plus de la moitié des patientes appartenait à la tranche d'âge de 20 à 29 ans.

Toutes les patientes étaient primipares.

Parmi les facteurs étiologiques outre la primiparité nous avons retrouvé :

- l'hypotrophie fœtale dans 3,7% des cas et la prématurité dans 2,4 % des cas ;
- les malformations fœtales (0,6%), notamment l'omphalocèle, l'achondroplasie et les syndromes polymalformatifs.

Dans la majorité des cas (63,9%), les patientes étaient venues d'elles-mêmes.

La majorité des parturientes (61,5%) avait effectué au moins 4 CPN.

Le diagnostic de présentation de siège n'a été posé lors des CPN que chez 20% des patientes.

Aucune parturiente n'a pu bénéficier d'une radiopelvimétrie ou d'une scannopelvimétrie dans notre série.

A l'admission, 17,9% des parturientes étaient à dilatation complète. Les membranes étaient rompues chez la majorité des patientes (64,4%) avec un liquide amniotique clair dans 45% des cas et une présentation mobile ou appliqué dans 54,2% des cas.

A la pelvimétrie clinique, les bassins étaient jugés cliniquement normaux chez 70,8% des patientes dans notre série. Chez 11,7% des patientes, le bassin était rétréci.

La majorité des parturientes a accouché par voie basse (53,6%).

Notre attitude face à l'accouchement du siège était surtout abstentionniste avec une voie basse spontanée chez 218 patientes (41,7%) contre 30 (6,5%) manœuvres d'extraction fœtale. Le taux global de césarienne était de 46,4% et les indications étaient dominées par les ruptures prématurées des membranes les atteintes du bassin et la souffrance fœtale aigue.

Chez 29,4% des patientes, une épisiotomie était réalisée, et une déchirure périnéale était notée chez 1,9% d'entre d'elles. La GATPA était faite chez 44,7% des patientes.

La révision utérine était réalisée chez 46,2% des parturientes.

Le pronostic des nouveau-nés en présentation du siège était marqué par une morbidité et une mortalité non négligeables :

- le score d'Apgar était inférieur à 7 à la cinquième minute (critère de morbidité fœtale) chez 11,7% des nouveau-nés.

-Nous avons relevé dans notre série 1,9% de décès néonatal précoce.

La morbidité maternelle était marquée par 5 cas de déchirures traumatiques, soit 50% des complications dont 3 (30%) ont présenté une hémorragie du per-partum et 4 cas de syndromes vasculo-rénaux, soit 40% des complications.

Les prématurés et la majorité des hypotrophies (63,6%) étaient nés par voie basse spontanée, tandis que, la presque totalité (92,3%) des macrosomes sont nés par césarienne.

Au terme de notre étude, compte tenu des difficultés liées à la prise en charge de l'accouchement de la présentation de siège et surtout dans un souci d'améliorer le pronostic materno-fœtal et le diagnostic des pathologies associées à la grossesse nous formulons les recommandations suivantes qui s'adressent respectivement :

➤ **A la communauté**

Nos recommandations sont les suivantes :

-Le suivi régulier des grossesses par des consultations prénatales de qualité pour toutes les gestantes pour une identification et une prise en charge précoces des présentations du siège ;

-Honorer autant que faire se peut les examens complémentaires notamment l'échographie obstétricale surtout au troisième trimestre et la scannopelvimétrie en cas de suspicion clinique d'atteinte du bassin ;

➤ **Au personnel de santé**

Nos recommandations sont les suivantes :

-Poser de façon précoce le diagnostic clinique de la présentation du siège et le confirmer par une échographie ;

-Ne concevoir un accouchement du siège chez une primipare que dans un milieu obstétrico-chirurgical avec un personnel entraîné et compétent ;

-Référer immédiatement tout accouchement du siège en milieu obstétrico-chirurgical en particulier chez les primipares ;

-Demander systématiquement une échographie du troisième trimestre de la grossesse pour la biométrie, l'estimation pondérale, la présentation, la localisation placentaire, et la détermination de l'attitude de la tête fœtale dans le cadre de l'établissement du pronostic de l'accouchement ;

-Réaliser une évaluation clinique du bassin et réaliser la radiopelvimétrie ou mieux, la scannopelvimétrie devant toute suspicion d'atteinte du bassin, et décider à temps de la voie d'accouchement au cours de la dernière consultation prénatale ;

- Proposer une version par manœuvre externe, si les conditions sont réunies, vers 36 à 37 semaines d'aménorrhée ;
- En cas d'acceptation de la voie basse, réaliser une épisiotomie systématique chez la primipare, et au besoin chez la multipare ;
- Surveiller rigoureusement le travail avec l'enregistrement du rythme cardiaque et le partogramme et si nécessaire, recourir à la direction du travail ;
- Remplir de façon correcte les dossiers d'accouchement ;
- mettre sur pied un système d'archivage avec l'informatisation des dossiers ;
- savoir recourir à temps à la césarienne devant la moindre dystocie ;
- réaliser les manœuvres d'extraction fœtale après une bonne évaluation des conditions et un apprentissage bien encadré.

➤ **Aux autorités sanitaires**

Nos recommandations sont les suivantes :

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et de l'accouchement du siège en particulier dans le cadre des SONU ;
- Former le personnel à la réalisation de la VME ;
- Mettre à la disposition des structures un personnel qualifié à la réalisation des manœuvres, d'où l'intérêt de l'apprentissage par simulation ;
- Rendre plus disponible l'échographie obstétricale en salle d'accouchement, dans le cadre de la gratuité des soins obstétricaux ;
- Proposer des protocoles de prise en charge des accouchements en présentation du siège adaptés à nos conditions d'exercice, avec sélection stricte des patientes pouvant accoucher par voie basse.

REFERENCES

- 1 **Koné M.** Accouchement en présentation par le siège : pronostic foetal et maternel dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse Médecine, Bamako, 2005 N° 20.
- 2 **Audra P, Bretones S, Mellier G.** Accouchement par le siège à terme : césarienne de principe-versus accouchement planifié. *Contracept Fertil Sex*, 1997 ; 25, 2.
- 3 **Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH.** Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 1;146(1):34-40.
- 4 **Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D et al.** Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002—11.
- 5 **Merger R, Levy J, Melchior J.** Présentation Du Siège. *Précis D'obstétrique*, Paris, Masson 1989:162-178.
- 6 **Erkkola R.** Controversies: selective vaginal delivery for breech presentation. *J Perinat Med* 1996; 24, 6: 553-56.
- 7 **Robert M, Jean L, Jean M.** Présentation du siège in Précis d'obstétrique. Robert M, Jean L, Jean M. Masson 6è Edit Paris 1995.618.
- 8 **Broche D E, Maillet R, Curie V et al.** Accouchement en présentation du siège. EMC, Obstétrique. 2008; 5-049-L-40.
- 9 **Dubois J, Grall J Y, Moquet P Y et al.** Présentation Du Siège *Encycl Méd Chir* 1994 ; 5-049-L-40 : 14p.
- 10 **Hannah ME, Hannah WJ.** Accouchement par présentation du siège: la fin d'une époque. *Lancet* 2000; 356: 1357.
- 11 **Farid F I.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néo-natal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. *Thèse Méd Dakar* 199 ; n° 40.
- 12 **Sambou F.** Aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et prise en charge de l'accouchement en présentation du siège au centre de santé Nabil Choucair de Dakar (Sénégal) de 2005 à 2015,2017.
- 13 **Bentahir S.** Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au Centre de Santé roi Baudouin de Dakar. Thèse Médecine Dakar 2009 ; n°43.
- 14 **Abassi A.** Accouchement en présentation du siège à l'Hôpital Provincial de Meknès. *Thèse Méd Casablanca Université* 2002 ; n° 3.

- 15 Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot, et al.** Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30, 7 : 664-673.
- 16 Dubois J.** Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. *J Gynécol Obst Reprod* 1981 ; 10 : 479-92.
- 17 Rosenau L, Grosieux P, Denis A et al.** Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège : à propos de 357 grossesses monofoetales a terme. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet* 1990; 85,5 : 271-281
- 18 Couderc F.** Siège et prématurité. *Rev Fr Gynécol* 1978 ; 73, 1 : 75-76.
- 19 Caballero A, Fernandez BJ., Pelaez Ageda J M et al.** Conduite lors de l'assistance de l'accouchement podalique. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1986 ; 81, 2 : 77-83 .
- 20 Dubois C, Dufour P, Quandalle F et al.** Présentation du siège : conduite à tenir (à propos de 304 observations). *Contracept Fertil Sex* 1998 ; 26, 5 : 363- 371.
- 21 Mouhamed MA.** Pronostic et facteurs prédictifs de la césarienne au cours de l'accouchement du siège : Etude cas-témoin au Centre de Sante Philippe Maguilen Senghor de Dakar. Mémoire Dakar 2015 n°1174.
- 22 Berger C H.** Siège : vous avez dit « voie haute » ! *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2000; 29: 525-526.
- 23 Moldin P, Hokegard KH, Nielsen TF.** Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984 ; 63 : 7-11.
- 24 Sheer 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.

RESUME

Objectifs : L'objectif principal était de contribuer à l'étude de l'accouchement en présentation de siège chez la primipare à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair. Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence de la présentation de siège chez la primipare, de décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes, de décrire les particularités diagnostiques, d'évaluer le pronostic, de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège, et de formuler des recommandations pour contribuer à leur meilleure prise en charge.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les cas d'accouchements du siège chez la primipare pris en charge entre le 1^e Janvier 2005 et le 31 Décembre 2018 à la maternité du CSNC. La collecte était réalisée grâce à la fiche signalétique remplie sur la base de l'analyse des dossiers, du registre d'accouchement, du registre du bloc opératoire et des cahiers de compte rendu opératoire. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées grâce au logiciel Excel.

Résultats : La fréquence des accouchements de siège chez la primipare était de 0,6%. L'âge moyen des patientes était de 25,8 ans.

Le mode de siège complet était plus fréquent avec 50,7%, contre 25,3% de siège décomplété.

Notre attitude face à l'accouchement en présentation du siège était plutôt abstentionniste avec 248 accouchements qui se sont déroulés par voies naturelles spontanés soit 53,6 % et seulement 30 accouchements assistés soit (6,5%).

Parmi les facteurs étiologiques outre la primiparité nous avons retrouvé :

- l'hypotrophie fœtale dans 3,7% des cas et la prématurité dans 2,4 % des cas ;
- les malformations fœtales (0,6%), notamment l'omphalocèle, l'achondroplasie et les syndromes polymalformatifs.

Conclusion : L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes. Une meilleure connaissance des facteurs de risque permettrait d'en réduire les indications de césarienne abusive.

Mots-clés : Présentation du siège, Césarienne, Primipares, Nabil Choucair