

LA LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFA : Asphyxie fœtale aiguë

BCF : Bruit du Cœur Fœtal.

CPN : Consultation prénatale.

CSCOM: Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

CV : Commune V

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNTS : Centre national de la transfusion sanguine.

DES : Diplôme d'Etudes Spéciales

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine.

LA : Liquide Amniotique.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ORL : Oto-rhino-laryngologie

OR : Odds Ratio

P : Prévalence.

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PDSC : Plan de développement socio-sanitaire de la commune

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SIDA : Sacro-iliaque droite antérieure.

SIGA : Sacro-iliaque gauche antérieure

SIDP : Sacro-iliaque droite postérieure

SIGP : Sacro-iliaque gauche postérieure.

SAA : Soins Après Avortement

TV : Touché vaginal.

USAC : Unité de soins d'accompagnement et conseil.

% : Pourcent

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION -----	1-2
II.	OBJECTIFS-----	3
III.	GENERALITES -----	4-39
IV.	METHODOLOGIE-----	40-46
V.	RESULTATS -----	47-59
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	60-63
	CONCLUSION -----	64
	RECOMMANDATIONS-----	65
	REFERENCES-----	66-69
	ANNEXES-----	70-73

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'aire du détroit supérieur. Parmi les présentations irrégulières, la présentation du siège est la plus fréquente. En fait l'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie entre 3 et 4,2% [1].

En Afrique, elle varie de 1,52 à 5,4% ; au Mali elle varie de 1,2 à 2,74% [2-3].

La présentation du siège, aussi vieille que l'humanité reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique moderne.

L'accouchement du siège a toujours été et restent sujet d'intérêt très considérable à cause d'une part de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales, et d'autre part de la morbidité maternelle associée.

Le fœtus en siège est incontestablement un fœtus à risque : les raisons de sa position originale ne sont peut-être pas fortuites et sa naissance par les voies naturelles peut se compliquer de difficultés mécaniques par excès de volume relatif, ou de phénomènes anoxiques par compression funiculaire.

Les deux questions majeures gravitent autour de la place de la version par manœuvres externes (VME) dans la prévention de cet accouchement, et du mode de naissance par voie basse ou par césarienne. Autant de questions auxquelles il n'est pas facile de donner de réponse [4].

L'accouchement du siège est de plus en plus considérée comme dystocique ainsi aux Etats-Unis la césarienne est systématiquement préconisée dans l'accouchement du siège [22]. Du point de vue du pronostic, ils ne font pas de différence entre la présentation du siège chez la primipare et la multipare.

En effet, dans la présentation du siège, les différents segments sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus n'est plus favorable créant ainsi une dystocie ayant pour conséquence l'élévation de la fréquence de la morbidité et de la mortalité périnatales.

Cette fréquence de morbidité et de mortalité fœtale est plus importante que dans la présentation du sommet. Les statistiques notent que la morbidité fœtale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales [5].

Contrairement à celle du sommet la conduite à tenir face à la présentation du siège reste toujours l'objet de grandes divergences.

La plus part des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatales n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège, où elle est de plus en plus considérée comme dystocique.

L'absence d'étude spécifique antérieure chez les primipares sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé cette étude.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier l'accouchement en présentation du siège chez la primipare au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des accouchements du siège chez la primipare au centre de santé de référence de la commune V,
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes,
- Déterminer la voie d'accouchement chez ces primipares avec fœtus en présentation du siège.
- Déterminer les facteurs de risque
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement en présentation du siège.

3. Hypothèse de recherche :

Le pronostic obstétrical est moins favorable chez les primipares en cas d'accouchement avec fœtus en présentation de siège que l'accouchement du sommet au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

III. GENERALITES

3.1. 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 avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique occupe le fond utérin [5].

Cette présentation est théoriquement eutocique mais moins que celle du sommet ayant un pronostic meilleur.

3.2. Modalité :

On distingue deux modalités de présentation de siège :

- ✓ Siège complet : les jambes du fœtus sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sont fléchies sur le bassin; les membres inférieurs repliés devant la présentation dont ils font parties et dont ils augmentent les dimensions. Il est considéré comme dystocique et constitue une indication de césarienne aux Etats-Unis [7]. Le siège complet est moins fréquent et représente moins de 1/3 des cas [6]



Figure 1 : présentation de siège complet avant travail en SIGA

- ✓ Siège décomplété : ou mode des fesses est le plus fréquent et représente 2/3 des cas [6]. Les jambes du fœtus sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale.



Figure 2 : présentation du siège décomplété avant travail

- ✓ Autre modalité :
 - Siège décomplété mode de pieds moins fréquent où le fœtus est debout dans l'utérus [6].
 - Siège décomplété mode de genou : modalité rare appelée footing Brecht par les auteurs américains, où le fœtus à ses membres inférieurs semi- fléchis sous le siège, constitue une source de complication [6]. Il est de mauvais pronostic.

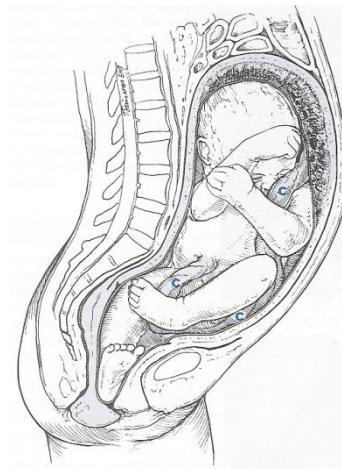


Figure3 : siège décomplété mode des pieds avant le travail

Source:www.who.int/reproductivehealth/mcpc_fr/symptomes/tableau_s12.htm

3.3. Historique :

L'accouchement en présentation du siège est aussi vielle que l'humanité. Elle peut être divisée en quatre grandes périodes :

- La période de la primauté à l'accouchement par voie basse : 1950 à 1958,
- La période de la priorité à l'accouchement par césarienne : 1959 à 1979,
- La période du retour à la primauté de la voie basse : années 1980,
- La période de divergence et les débats entre les partisans de la voie haute systématique, et ceux qui s'y opposent : de la fin des années 1980 à nos jours.

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

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

1550: Ambroise Pare recommande la version podalique.

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

1743: Jacques MESNARD et Smiller en 1748 utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière.

1821: Madame Marie-Louise la Chapelle, sage-femme du roi, codifie l'accouchement du siège par le devoir de l'accoucheur de se garder de céder à l'impatience. L'accoucheur doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire.

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

1948 : Les auteurs Vermelin et Ribar défendent une abstention plus absolue A leur suite on se montrera moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête.

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

1975: Kubli en Allemagne soutient que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose lors de l'expulsion par voie basse. Il provoqua une influence énorme sur la voie d'accouchement en Allemagne qui connaîtra une hausse considérable du taux de césarienne.

Dans les années 1980, les défenseurs de la voie basse haussent le ton Collea en 1980, en relevant un taux de morbidité maternelle de 49% défend la voie basse dans certains cas sélectionnés avec risque minimum pour la mère et l'enfant.

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

1998 : Bodmer et Coll. font une très belle étude sur les sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas les conditions des enfants sauf pour les grands prématurés de moins de 28 semaines d'aménorrhées.

3.4. Etiologie :

Le fœtus exécute alors le « culbute physiologique » et transforme sa présentation pelvienne en céphalique. Par cette théorie nous comprenons alors la fréquence des sièges au cours des accouchements prématurés. Cette présentation peut persister jusqu'à terme chez les primipares. A savoir trois conditions disposent à cette présentation par création d'un trouble de l'accommodation :

- Hypotonie utérine de certaines multipares.

- Anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares

La loi d'accommodation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) est prise à défaut dans la présentation du siège [1]. En effet lors des six premiers mois de la grossesse, la tête constitue le pôle fœtal le plus important en volume. La cavité utérine devient donc piriforme du fait de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste de l'utérus qui est le fond. Le fœtus animé de mouvements s'y accorde en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse: au début du troisième trimestre c'est le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siège qui le devient.

Un élément surajouté qui inverse les rapports de volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus (volumineux fibromes sous muqueux du fond utérin, volumineux placenta du fond utérin) ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios).

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

A. Cause maternelle :

Parmi les différents facteurs maternels favorisants la présentation du siège on note: les causes congénitales et acquises.

1. Cause congénitale : L'hypoplasie utérine avec l'utérus cylindrique et les malformations utérines constituent les causes congénitales favorisant la présentation du siège.

- **L'hypoplasie utérine avec l'utérus cylindrique et hypertonique** s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses [8-9]
- **Les malformations utérines** modifient les axes intra-utérins favorisant ainsi les présentations podaliques récidivantes. L'échographie dans le post partum immédiat devrait permettre de les révéler.

2. Cause acquise :

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

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

L'hypotrophie utérine de la primipare: certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués. D'autres sont cylindriques et étroits dont le fond n'est pas plus large que le bas leur paroi manque de souplesse, le fœtus y est à l'étroit d'autant plus enserré que l'oligoamnios est habituel. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement si non on peut observer, comme dans les malformations, les présentations de siège récidivantes. La primipare âgée avec un utérus hypertonique est prédisposée au siège décomplété.

Les tumeurs intrinsèques (fibrome du fond) qui déforment la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres utérines.

Les tumeurs extrinsèques (kystes de l'ovaire, fibromes pédiculés sous séreux) Le rétrécissement du détroit supérieur dont l'influence est théoriquement possible quoique peu importante en pratique pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale.

B. Cause ovulaire :

Les causes ovulaires sont dues aux anomalies des éléments constituant l'œuf, ce sont : le liquide amniotique, le cordon ombilical, le placenta.

B.1 Cause de liquide amniotique :

Les anomalies du liquide amniotique sont représentées par l'hydramnios et l'oligoamnios.

- **L'hydramnios:** gêne toute accommodation.

- **L'oligoamnios:** quant à elle s'oppose à la culbute du fœtus.

B.2 Cause du cordon ombilical :

La brièveté du cordon secondaire à des circulaires ou bretelles ou essentiellement caractéristique propre à la présentation du siège par rapport aux présentations céphaliques [30].

Cette brièveté de la portion libre du cordon peut également empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du septième mois de la grossesse.

B.3 Cause placentaire :

Le placenta bas inséré peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale.

C. Cause fœtale :

Les causes fœtales regroupent: la dolichocéphalie primitive, l'hyper-extension de la tête et surtout les anomalies et malformations congénitales [10-11]. La fréquence d'apparition de ces anomalies pour l'ensemble des naissances semble être au moins multipliée par deux dans les présentations du siège: 6,3 contre 2,4% [12]. Ces malformations qui sont fréquentes affectent soit la morphologie fœtale (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...) soit l'activité du fœtus (Spina bifida, myéloméningocèle, trisomie 13 et 18).

Les hydrocéphales dont la tête est plus volumineuse que le pôle pelvien, se présentent le plus souvent par le siège, se conformant ainsi à la loi d'accommodation de PAJOT, la modalité de la présentation est dans les cas soit le siège complet, soit le siège décomplété. Par son intérêt théorique et pratique cette fréquence de malformations mérite d'être soulignée.

Certains auteurs, surtout américains, considérant cette fréquence et celle des morts in-utero, suggèrent que dans nombre de cas de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité » [13]. Ce qui entraînerait une diminution de l'activité

fœtale, causes de l'absence de mutation spontanée, et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations céphaliques, et pourrait expliquer des séquelles mineures décrites chez les enfants nés par siège, quelque soit le mode d'accouchement [14]. Plusieurs éléments étayent encore cette possible notion de fœtus de « moindre qualité »:

- Poids inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation céphalique;
- Position, mais non la présentation en siège, est un facteur prédictif de lésions neurologiques anténatales sévères/diplégie, quadriplégie, hémiplégie etc.
- Déficit en GH (hormone de croissance) « idiopathiques » significativement associable à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [8 –9];
- Hyperextention de la tête dernière, Elle est l'une des conséquences de la présentation et fait obstacle à toute version spontanée ou provoquée. Elle résulte d'une hyper lordose de la colonne cervicale. La face regarde vers le haut et 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 lui reprochait certaines lésions médullaires observées à la suite de l'accouchement par le siège [15, 16]. Elle fait courir un risque considérable au fœtus en cas d'accouchement par voie basse puisqu'il semble que ce sont les contractions utérines du travail qui accentuent l'hyper extension et causent des lésions médullaires telles que: sections médullaires complètes ou incomplète, des hémorragies cérébro-méningées et des décès par asphyxie. Aucune lésion grave n'est signalée dans l'accouchement par césarienne avec la tête en hyper extension. À côté de ce risque considérable pour le fœtus en cas d'accouchement par voie basse, des lésions peuvent se constituer *in utero*: (l'élongation médullaire et la fracture vertébrale). Ces lésions ont été observées chez les enfants nés par césarienne [17].

West Green considère que toute déflexion dépassant la « Military attitude» risque d'être dangereuse et préconise qu'avant d'intervenir l'on s'assure par un double

contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accentuer au cours du travail.

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

3.5. Diagnostic :

Le diagnostic de la présentation du siège doit être effectué avant le travail pour éviter les interventions malheureuses et réduire la morbidité et la mortalité fœtale. Si la clinique est parfois difficile, l'échographie du troisième trimestre permettra de faire le diagnostic, tout en recherchant la cause favorisante.

A. Diagnostic pendant la grossesse :

A.1 Signes cliniques :

- ❖ Inspection : Peut relever l'existence d'une douleur ou d'une gêne sous-costale, traduisant la compression de la paroi abdomino-thoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin
- ❖ Palpation : Elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic et doit donc toujours être exécutée avec attention et par des mains expertes. Au dessus du détroit supérieur, le palper reconnaît un pôle irrégulier assez volumineux quand il s'agit d'un siège complet, plus rond, plus régulier et ferme en cas de siège décomplété. Dans le fond utérin, on trouve un pôle dur, irrégulier, arrondi, ballotant d'une main à l'autre et correspondant au pôle céphalique. D'un côté, la palpation révèle un plan convexe, uniforme et régulier: le dos; et entre celui-ci et le pôle céphalique une dépression correspondant au sillon du cou et qui constitue le signe le plus sûr confirmant le diagnostic. Deux dos peuvent être perçus à la palpation; après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres inférieurs en extension dans le siège décomplété.

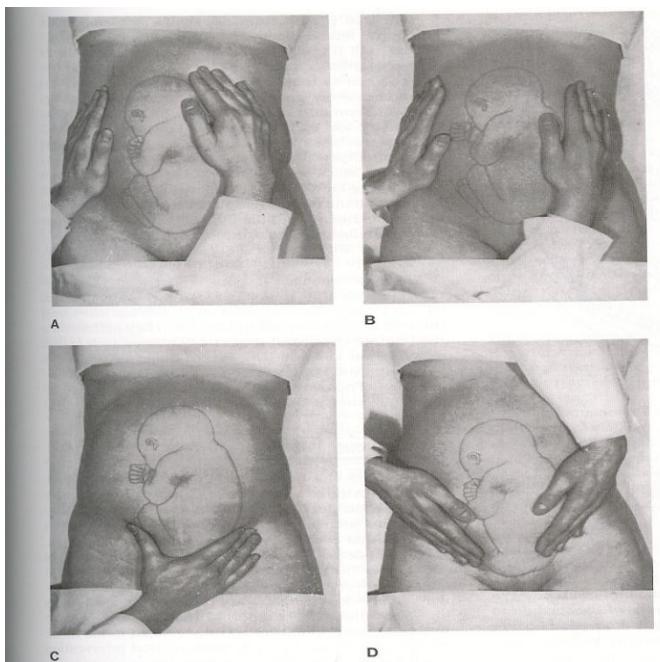


Figure 4 : Diagnostic de la présentation du siège à la palpation.

Auscultation : Met en évidence un foyer maximal des bruits du cœur fœtal haut situé, dans la région péri-ombilicale voire sus-ombilicale bien que cela paraisse sans grande fiabilité [18].

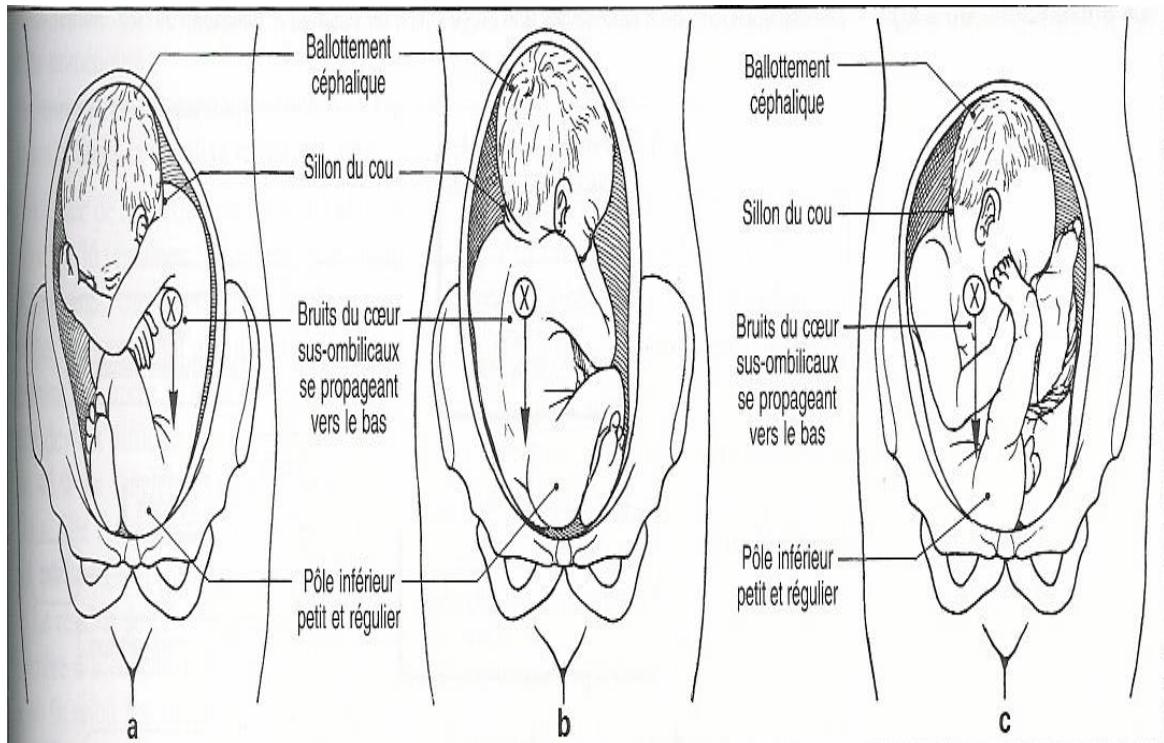


Figure 5 : Auscultation cardiaque fœtale lors de la présentation du siège

Source: Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H.

Marret, 3^e édition MASSON, Paris, 2001

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

A.2 Signes radiologiques :

La radiographie du contenu utérin ou mieux l'échographie permet de faire ou de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage de pouvoir estimer le poids fœtal.



Figure 6: Diagnostic radiologique d'un siège complet avant le travail.

Source: Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H.

Marret, 3^e édition MASSON, Paris, 2001

B. Diagnostic pendant le travail :

B.1 Signe avant la rupture des membranes :

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

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

B.2 Signe après la rupture des membranes :

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

A l'autre extrémité du sillon, on peut percevoir les organes génitaux et les pieds en cas de siège complet, situés entre le siège et la paroi pelvienne.

Dans le cas d'un fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, séparées par un sillon, le pli interfessier. En cours du travail, la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie.

Au toucher vaginal le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

- un sommet déformé par une volumineuse bosse sero-sanguine;
- une face surtout fortement tuméfiée ;
- une anencéphalie Pour la précision de la variété de position, le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli inter fessier.

Seule la variété de position initiale et prise comme un repère, suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage;

Quatre variétés de position sont différenciables :

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

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

3.6. Phénomène de l'accouchement :

Alors que, dans la présentation céphalique, l'accouchement se résume le plus souvent à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège. C'est d'abord celui du siège, celui des épaules et celui de la tête dernière. Ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvi-génitale ont un volume qui va croissant.

Chaque accouchement a ses difficultés et comprend pour sa part, engagement, descente et rotation et dégagement. Une particularité est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par le relèvement en attelle des membres inférieurs.

Dans l'accouchement par le siège, le siège est déjà hors des voies génitales, alors que la tête fœtale n'est pas encore engagée.

Il y

a donc le risque d'incompatibilité de la tête dernière avec le bassin d'où la nécessité d'estimer correctement la compatibilité du bassin avec la tête fœtale sous peine d'une dystocie qui n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites. **Le déroulement de cet accouchement dans le concept moderne repose sur trois principes:**

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

Au moment de l'engagement puis de la progression des épaules et de la tête dernière « celui-ci étroitement coiffé par l'utérus, agit comme une rotule de propulsion intercalée entre la puissance motrice du myomètre et la résistance opposée par le massif scapulo-thoracique » la tête tend à rentrer dans les épaules ce qui renforce le degré de solidarité entre ces éléments est le caractère eutocique [19].

- L'accouchement se déroule comme un processus continu, sans arrêt ni retour en arrière; ses étapes sont indiquées, se commandent les unes et les autres et se font presque simultanément.

A.1 Accouchement du siège :

➤ Engagement :

Il est précédé d'une orientation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du détroit supérieur (le droit le plus souvent) et, s'il s'agit d'un siège complet, d'un tassement du diamètre sacro tibial.

Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoindrir. Le siège franchit de façon syncliste le plan du détroit supérieur. L'engagement toujours facile et précoce dans le siège décomplété, est laborieux dans le siège complet.

➤ **Descente et rotation :**

Le siège progresse en effectuant une rotation concomitante mais cette rotation n'est jamais que d'un huitième de cercle. Elle

amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieur la rotation se fait en arrière.

Dans le cas d'une sacro-iliaque postérieure, la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin. La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure se cale sous la symphyse.

➤ **Dégagement :**

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

d'enroulement autour de la symphyse pubienne amenant le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres inférieurs soient libérés. L'incurvation latérale du tronc du fœtus facilite ce mouvement dans le siège complet.

Par contre ce mouvement est plus difficile dans le siège décomplété, voire spectaculaire, car les membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc empêchent l'incurvation latérale.

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

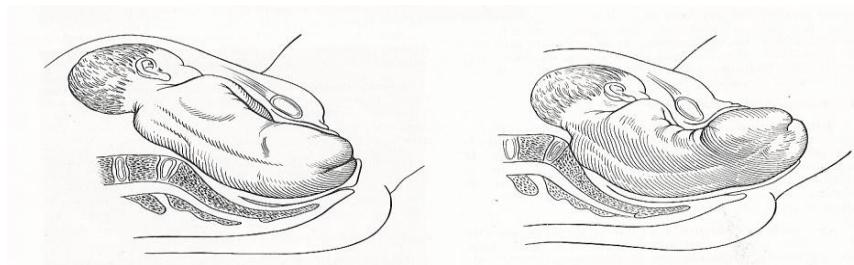


Figure 7 : Mécanisme de l'accouchement du siège : dégagement du siège

Source: Précis d'Obstétrique par R.Merger, J.Levy, J.Melchior, 6^e édition MASSON, Paris, 2004 Page 190

A.2 Accouchement des épaules :

➤ Engagement :

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

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

➤ Descente et rotation :

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

➤ Dégagement :

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

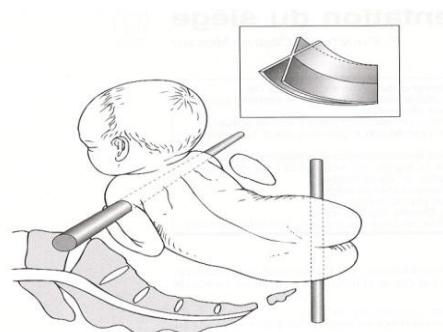


Figure 8: Mécanisme de l'accouchement des épaules dans le siège

Source: Pratique de l'accouchement, J. Lansec, G. Body, F. Perrotin, H.

Marret, 3^e édition MASSON, Paris, 2001

A.3. Accouchement de la tête dernière :

➤ Engagement :

L'engagement de la tête dernière s'exécute en même temps que la descente et le dégagement des épaules. Il est précédé d'une orientation de sorte que son plus grand diamètre occupe le diamètre oblique perpendiculaire à celui qu'avaient utilisé les épaules et surtout d'une flexion, faisant aborder le détroit supérieur suivant le diamètre sous occipito frontal (11 cm) [20].

Cet

engagement se fait occiput en avant; en revanche, la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage.

➤ Descente et rotation :

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

➤ Dégagement :

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

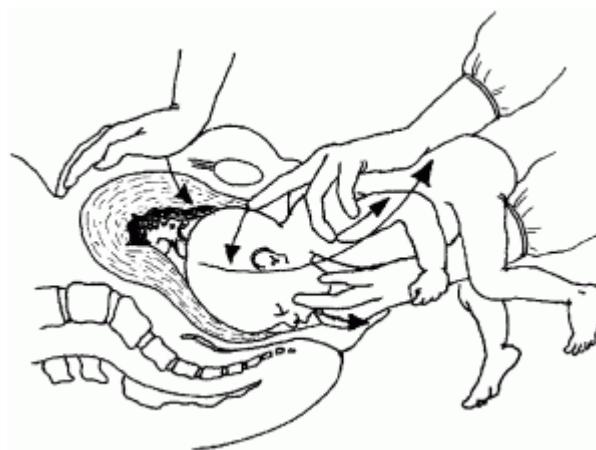


Figure 9: manœuvre de Mauriceau

B. Phénomènes dynamiques et plastiques :

B.1. Phénomènes dynamiques :

Contrairement à certaines opinions classiques, ils ne présentent guère de particularités. La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans les présentations du sommet [21].

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 » [19].

L'engagement

du siège, facile et précoce lorsque le siège est décomplété, peut être long et même ne pas s'effectuer lorsque le siège est complet [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 [1].

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus [1].

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 flétrit, une dystocie grave se continue, rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière. A cette importante variété de rétention de la tête dernière il faut en ajouter deux autres [1] :

- La rétention de la tête dans l'excavation, variété relativement anodine et facile à traiter ;
- La rétention de la tête dernière au détroit supérieur qui est au contraire de la plus haute gravité : elle est liée à une disproportion fœtaux-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.2. Phénomènes plastiques :

Chez les enfants nés par le siège, on observe un certain nombre de déformations ou de lésions. 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 cotoyoïdien, due à l'hyper flexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété, qui entraîne une dysplasie et favorise la luxation congénitale de la hanche ;
- Atrophie rétractile musculo-ligamentaire aboutissant au pied-bot varus équin. D'autres malformations, plus rares, surviennent au cours de l'accouchement et affectent l'appareil génital du fœtus : hématome des lèvres chez la fille, nécrose du scrotum chez le garçon. Ces lésions s'observent surtout en cas de siège décomplété, de rupture prématuée des membranes, de travail prolongé.

Une fréquence inhabituelle et significative d'atrophies testiculaires a été signalée par certains auteurs [23,21]. La bosse séro-sanguine siège sur les talons (siège complet), les fesses, les organes génitaux [1]. 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 le transillumination qui permet d'éliminer une hydrocèle ; l'exploration chirurgicale peut être nécessaire pour faire la distinction entre torsion et simple hémorragie intra testiculaire [21].

3.7. Particularités physiologiques :

De toute évidence la manière dont sont disposés ici le corps du fœtus et ses annexes favorisent des perturbations au niveau de la circulation fœto-placentaire.

On connaît la plus grande fréquence des circulaires, des bretelles et procidencies 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-placentaires réduites sinon interrompues ». Mais les enregistrements du rythme cardiaque fœtal ont mis en évidence deux faits très importants [26-27]:

- L'existence de façon constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme cardiaque plat débutant au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivant jusqu'à ce que le nouveau né fasse sa première inspiration [19];
- la possibilité d'anomalie de la dilatation est sans cause apparente.

Celles-ci seraient même si fréquentes que l'on compare l'accouchement par le siège à une latérocidence du cordon [27]. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal apparaît donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement, car le monitoring représente le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister les anomalies qui peuvent survenir surtout à la phase d'expulsion qui représente une période d'hypoxie par excellence.

Ces phénomènes physiologiques n'ont de particularité que chez la primipare.

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

La rupture des membranes est souvent précoce. Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même.

3.8. Anomalies de L'Accouchement:

Lorsqu'un accouchement est sans risque en général, celui par le siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies. Ces anomalies même banales, revêtent une particularité importante. [18].

A. Rupture prématuée des membranes :

Deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans les sièges complets. La rupture prématuée des membranes favorise les procidencies du cordon et/ou des membres et est souvent le prélude à des anomalies de la

dilatation. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque LACOMME en 1956 voyait dans ce cas doubler la mortalité périnatale. [28]

B. Dystocie dynamique :

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 [21].

C. Anomalie de l'expulsion :

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 [29].

- 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 toléré permet le temps d'apporter un traitement adapté.

D. Anomalie mécanique 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 [18]. Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyper extension de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée, ont considérablement réduit l'importance de ces anomalies [18]. 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 [18,30]. 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.



Figure 10 : relèvement du pied

3.9. Pronostic :

La plupart des auteurs s'appuyant sur les statistiques de morbidité et de mortalité néonatales, n'acceptent plus le dogme classique de l'eutocie dans la présentation du siège.

Cette présentation n'a pas de différence significative du point de vue pronostic tant chez la primipare que chez la multipare.

Ces

notions qui ne sont pas acceptables dans leur absolutisme, bien que la présentation du siège, bien surveillée et bien conduite puisse restée eutocique, même si elle n'est pas aussi favorable que la présentation du sommet.

C'est aussi un abus

de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe [31-32].

A. Pronostic maternel:

A.1. Morbidité:

Les déchirures du col et du périnée sont les lésions des parties molles les plus fréquentes avec des graves atteintes vésicales et ano- rectale. Ces déchirures périnéales peuvent être prévenues par une épisiotomie large surtout chez la primipare lors d'un accouchement bien surveillé et bien conduit.

Des complications infectieuses peuvent apparaître, favorisées par la rupture prématurée des membranes. La principale de ces complications est l'endométrite [21].

A.2. Mortalité :

Elle est quasiment nulle dans les accouchements naturels et sans rapport avec la présentation. La multiplication des césariennes dans les accouchements par le siège oblige à reconsidérer le problème [33].

On enregistre désormais un nombre croissant de statistiques de césariennes sans mort maternelle, ou avec un faible taux de mortalité. Cette diminution du risque mortel de chaque césarienne se voit contrebalancée par la multiplication des interventions. La césarienne augmente également la morbidité: manifestations thromboembolique, infections, iléus paralytique, péritonites, plaies de la vessie, sans compter les conséquences lointaines: Césariennes itératives, occlusions sur brides. La morbidité est plus élevée qu'après les accouchements par les voies naturelles [11].

Toutes ces complications maternelles apparaissent maintenant si peu acceptables qu'on y multiplie les études pour voir s'il n'est pas possible, sans risque accru pour le fœtus, de réduire le taux des césariennes, notamment dans les accouchements par le siège [13-5]. Le pronostic fœtal est capital dans l'étude de cette présentation, il convient d'étudier:

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

B. Pronostic fœtal :

B.1. Anatomie et physiologie des accidents :

Les principales lésions fœtales enregistrées dans les cas d'accouchement avec mort fœtal sont: les malformations, les lésions intra crâniennes, les atélectasies pulmonaires, et les lésions viscérales dans les grandes extractions.

D'autres lésions particulières sont décrites à type d'occlusions des artères vertébrales, la dislocation de la région occipitale avec hémorragie de la fosse postérieure, le «crush syndrome» ou hyper bilirubinémie secondaire à des attritions musculaires [34].

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

- le taux élevé des malformations congénitales surtout chez les prématurés et les fœtus de petits poids [20]
- la grande incidence d'accouchements prématurés;
- la grande fréquence des procidences du cordon;
- le mécanisme de l'accouchement;
- les manœuvres qu'on peut être amené à pratiquer.

B.2. Mortalité :

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

- Des morts fœtaux in utero, sans cause évidente, dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet, surtout avant la 36ème SA mais encore jusqu'aux derniers jours de la grossesse [12].

Cette fréquence conforte la notion de fœtus de «moindre qualité » dans certains cas de présentations de siège;

- Des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des morts néonatales;
- Une « mortalité obstétricale » directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement, dont l'importance est difficile à préciser.

B.3 Morbidité :

Elle doit être 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 [21].

B.3.1 Accident immédiat :

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) [35].

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 [21].

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 hyper bilirubinémie sévère ou une coagulation intra vasculaire disséminée [38].

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 [21]. L'importance de la morbidité immédiate est difficiles à préciser car les accidents relevés sont très variables et dépendent surtout de la qualité de la technique utilisée pour l'accouchement.

B.3.2 Comportement du nouveau-né : Il est important de remarquer que même dans les conditions favorables, et en dehors de tout accident les nouveau-nés issus d'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 [36,37].

B.3.3 Devenir des enfants : La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance [38] retentissement sur le développement antérieur et postnatal, et à un grand risque de mort subite inexpliquée du nourrisson [39].

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, 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.

3.10. Conduite à tenir :

A. Pendant la grossesse

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

Le diagnostic précoce permet :

- De mieux surveiller la fin de la grossesse qui peut être considérée comme une grossesse à risque en raison de la fréquence avec laquelle s'observent les malformations, les anomalies congénitales, les souffrances fœtales et les accouchements prématurés;
- de tenter si l'on est un partisan, une version par manœuvre externe vers la 36ème semaine qui est de plus en plus abandonnée
- d'établir un bilan des facteurs de pronostic maternels et fœtaux afin d'établir, ou tout au moins d'orienter ses décisions;

Les éléments de pronostic ou plutôt leur interprétation différente suivant les auteurs que devant le problème de l'accouchement du siège trois attitudes sont observées:

1. surveillance du travail :

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

Les données de la clinique et du cardiotocographe permettront d'individualiser trois(3) types de situations qui déterminent la conduite à tenir :

Le RCF est normal, l'expectative

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

Le RCF est normal, mais le travail n'avance pas régulièrement: on peut faire le traitement d'épreuve dynamique dirigé avec une perfusion d'ocytocine en cas de siège décomplété. Toutes autres anomalies associées entraînent une césarienne.

2. Voie basse :

Elle reste une alternative sûre pour un accoucheur chevronné

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

3. Césarienne systématique :

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

B. Pendant le travail :

« En présence d'un accouchement par le siège, le premier devoir est de se rappeler que la présentation du siège peut être eutocique et d'avoir confiance »

On envisagera donc l'accouchement avec calme en se gardant d'alarmer la patiente. Il en résulte que la conduite à tenir lorsque les phénomènes dynamiques se déroulent normalement doit se réduire au minimum, les moyens psychoprophylactiques étant particulièrement utiles.

Toutefois on se gardera de rompre trop tôt les membranes, elles le seront à partir de 6 cm de dilatation. Aussi l'eutocie est-elle fréquente chez les multipares et chez bon nombre de primipares. Mais l'expectative n'est pas toujours suffisante. Certaines présentations du siège, surtout chez les primipares sont justiciables d'une autre thérapeutique. Des difficultés peuvent se rencontrer, parfois imprévisibles à cause d'elles on prendra des précautions de principe:

- La première précaution est qu'un accouchement par siège ne doit plus se faire en dehors d'un service d'obstétrique bien organisé. La présence d'un obstétricien est nécessaire même s'il ne fait pas lui-même l'accouchement.

- Un anesthésiste doit être aussi présent.
- Egalement un auxiliaire pour exécuter correctement les manœuvres d'expression, seulement pendant les contractions plus utiles ici qu'en toute autre circonstance.
- Un forceps doit être prêt à l'emploi.
- Chez la primipare, une épisiotomie sera toujours exécutée quand le siège distend le périnée.

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

B.1. L'eutocie :

Les contractions régulières et une souplesse satisfaisante sont les garants d'une progression favorable de la dilatation cervicale. De régularité dans la contractilité utérine et dans la dilatation du col, régularité qui permet d'escompter le déroulement normal des phénomènes mécaniques. A dilatation complète, la présentation arrivée sur le périnée commence sa phase expulsive. Celle-ci peut être conduite de différentes façons:

B.1.1. Méthode de Vermelin :

La patiente est en position gynécologique jusqu'à l'apparition de l'ombilic fœtal, il n'y a rien à faire, si ce n'est parfois à aider le dégagement des membres inférieurs.

A ce moment une anse peut être faite sur le cordon d'utilité discutée.

Sous l'influence des contractions et des efforts expulsifs, l'accouchement se produit de lui-même. Le dos du fœtus tourne en avant, les épaules se dégagent seules, puis la tête en flexion. L'enfant est recueilli dans l'écartement des cuisses de sa mère, sur un plan horizontal. Le rôle de l'obstétricien n'a été que celui d'un observateur attentif.

La seule dérogation à cette attitude d'expectative proviendrait de la rotation en arrière du dos du fœtus, au risque de provoquer une rétention de la tête défléchie au détroit supérieur avec parfois accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse. C'est donc tout de suite, avant que la tête n'arrive au détroit supérieur qu'on doit ramener le dos en avant soit par redressement simple soit en continuant le mouvement de rotation amorcé.

B.1.2. La manœuvre de Bracht :

Dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus est saisi par les hanches et relevé à deux mains vers le haut puis renversé sur le ventre de la mère, sans traction.

La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion [1]

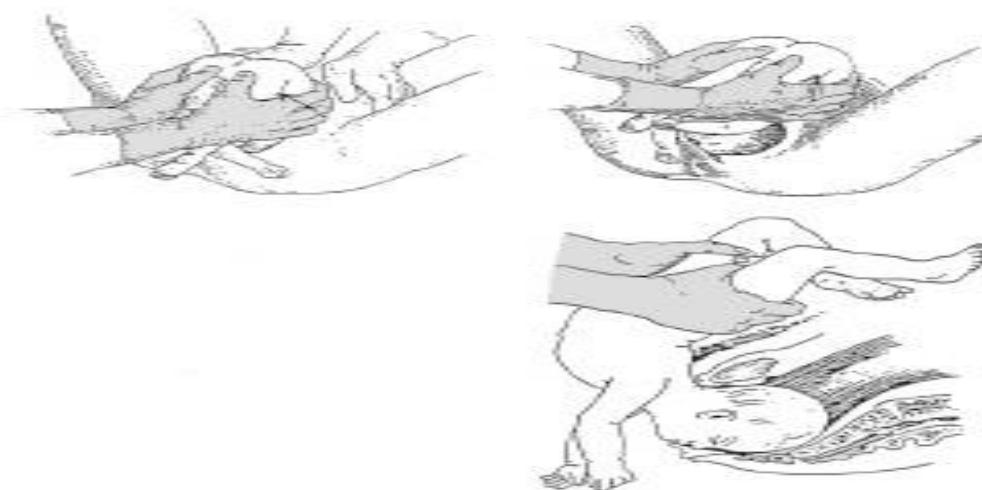


Figure 11 : manœuvre de BRACHT

B.1.3. L'expulsion assistée :

La doctrine d'inaction ne doit pas être exagérée dans ces cas d'eutocie.

La marche du travail est facilitée par certaines manœuvres non seulement anodines, mais favorables à la condition que l'opérateur soit suffisamment entraîné. Le dégagement du siège peut être facilité en aidant les membres inférieurs à franchir l'orifice vulvaire.

Dans la variété décomplété l'extraction des membres inférieurs réduit le monolithe rigide qui gène la sortie du tronc.

On

peut favoriser la sortie des membres supérieurs en l'accompagnant ou en assurant leur abaissement ; parfois même aider l'accouchement de la tête en exécutant la manœuvre de MAURICEAU.

B.2. La dystocie :

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

B.2.a. Placenta prævia :

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

B.2.b. Procidence du cordon :

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

B.2.c. Dystocie au cours de travail :

Son expression est essentiellement dynamique avec bassin et volume fœtal qui apparaissent normaux et qu'aucune complication n'est surajoutée. Que le régime contractile soit normal ou non, la dilatation du col cesse de progresser. L'arrêt se produit le plus souvent entre 4 et 6cm. Dans cette situation il faut recourir à l'épreuve dynamique dirigée du travail, quand la dilatation quel que soit son degré stagne depuis plus d'une heure les membranes sont rompues si l'œuf n'est pas ouvert, une perfusion d'ocytocine est installée.

Trois cas de figures sont possibles:

- La perfusion reste sans effet sur la dilatation, la césarienne s'impose.
- Les effets de la perfusion ne sont pas francs.

La dilatation progresse mais lentement sans régularité. C'est dans ces conditions que surviendrait des complications conduisant à des manœuvres dangereuses pour le fœtus. Ailleurs ces dystocies dynamiques irréductibles témoignent souvent d'une dystocie mécanique sous-jacente passée inaperçue.

B.2.d. Dystocie d'expulsion :

Elle peut être l'aboutissement d'une dystocie dynamique ou la conséquence d'une faute au cours de l'expulsion (relèvement des bras); Enfin la dystocie peut souvenir sans cause apparente (rétenzione de la tête dernière dans l'excavation).

B.2.d.1. Dystocie par relèvement des bras :

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

- **Soit manœuvre d'abaissement:** on commence par abaisser le bras antérieur; on tire très en bas jusqu'à ce que l'aisselle, et si possible l'épaule apparaissent. La main placée, pouce dans l'aisselle, 2ème et 3ème doigts le long du bras jusqu'au coude.

Le bras est abaissé en maintenant le contact avec la face du fœtus.

Même manœuvre pour le bras postérieur après avoir fortement relevé le tronc du fœtus.

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

C'est la manœuvre la moins traumatisante et la plus efficace.

Le fœtus est saisi pouce sur les lombes, paume sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre. On effectue une première rotation de 90°, dos vers la droite sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse, il est dégagé, l'autre épaule descend alors sous le promontoire. Une deuxième rotation de 180° en sens

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

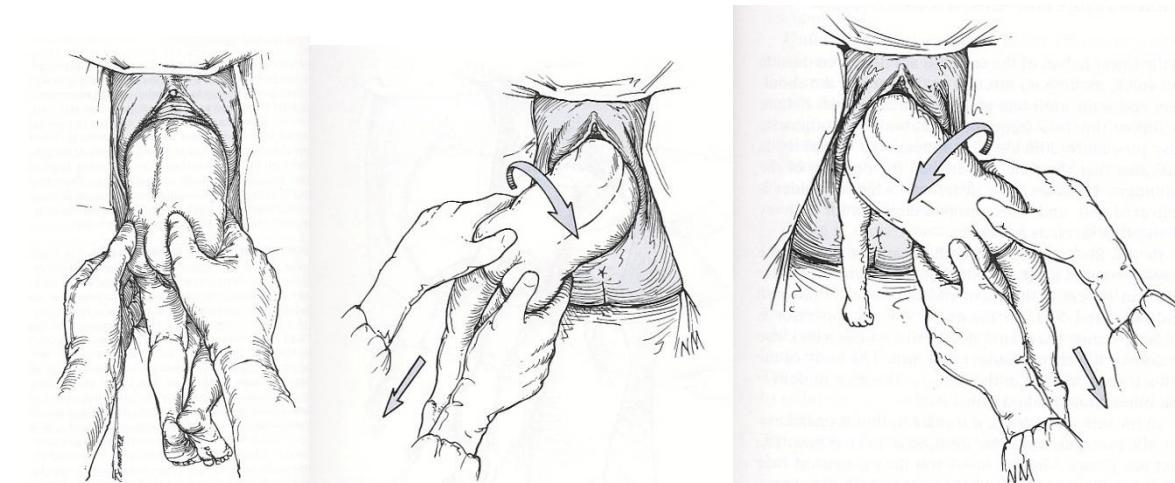


Figure 12 : La manœuvre de Lovset

Source: Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue

Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 825.

B.2.d.2. Dystocie par rétention de la tête dernière :

Comporte deux types d'inégale gravité et d'inégale fréquence: Rétention de la tête dans l'excavation : moins grave.

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

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

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

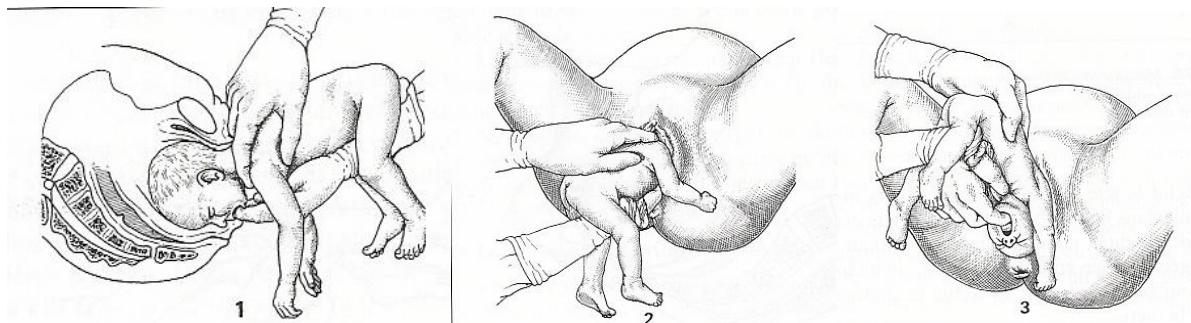


Figure 13 : la manœuvre de Mauriceau.

Source: Traité d'Obstétrique, D. Cabrol, J.C.Pons, F.Goffinet, Flammarion 4, rue

Casimir-Delavigne, 75006 Paris, 2003. Page 825.

- Application du forceps sur tête dernière C'est l'intervention que l'on a souvent intérêt à choisir d'emblée comme plus facile et moins dangereuse que certaines manœuvres de Mauriceau.

L'indication étant la difficulté d'extraire la tête malgré l'épissiotomie.

Sans le forceps, de trop puissantes tractions sur le cou du fœtus risqueraient d'entraîner de graves lésions flexiques, médullaires au cérébro-méningées.

Les conditions du forceps ne doivent pas varier du fait que la tête est dernière, c'est-dire que la tête doit être dans l'excavation. Toute tentative de forceps au dessus du détroit supérieur, serait meurtrière pour le fœtus. Il faut aussi que le corps du fœtus ait été extrait le dos en avant et que l'occiput se mette en rapport avec la symphyse pubienne. Les manœuvres débutent par une épissiotomie si elle n'a pas été faite.

Avant d'appliquer le forceps on exécute à la main les premiers temps de la manœuvre de Mauriceau au moyen d'un doigt introduit dans la bouche du fœtus. Flexion de la tête, rotation en OP, en fin descente autant qu'il est possible. Le fœtus est saisi par les pieds et relevé devant le pubis, une aide maintient en cette position.

Le forceps sera donc appliqué sous le fœtus

- Les 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 sous occiput sous la symphyse. Puis la traction est progressivement relevée pour fléchir la tête.

Le menton

se dégage de la commissure postérieure et la bouche apparaît.

- A partir de ce moment on termine lentement le dégagement sans retirer le forceps avant l'extraction complète de la tête Rétention de la tête au détroit supérieur La plus grave des dystocies d'expulsion, elle est très exceptionnelle, due tantôt à une disproportion fœto-pelvienne par excès de volume de la tête ou par rétrécissement pelvien méconnu, tantôt à une rotation du menton en avant qui peut s'accrocher au bord supérieur de la symphyse pelvienne, d'où déflexion de la tête. La situation du fœtus est quasi désespérée, surtout dans la première éventualité.

Les opérations proposées manquent de précisions et sont dangereuses pour la mère, et par ailleurs pour le fœtus. Habituellement le fœtus meurt pendant leur exécution; il ne reste plus alors qu'à recouvrir au forceps sur tête dernière. C'est pourquoi le véritable traitement est préventif: estimation des proportions fœto-pelviennes par mesure ultrasonique du diamètre bipariétal de la tête fœtale, juste interprétation des dystocies dynamiques rebelles au cours du travail, correction des rotations vicieuses en cours d'expulsion.

- Autres manœuvres : Champetier de Ribes, wigrand-martin

B.3. Fœtus mort se présente par le siège

Quand le fœtus est mort avant le travail, la solution de l'accouchement spontanée est la meilleure. On a recourt parfois à la grande extraction du siège à dilatation complète pour soumettre la mère à l'anesthésie générale et lui éviter ainsi le spectacle de la naissance de son enfant mort.

Mais cette opération n'est pas sans risque en cas de macération fœtale. Les tractions peuvent arracher un membre inférieur rendant plus difficile l'intervention. Pour le cas particulier de l'hypotrophie, l'accouchement du siège et du tronc se fait d'autant mieux que le fœtus est de faible poids. L'existence d'une malformation en particulier d'un spina-bifida doit faire penser à l'hydrocéphalie si elle était méconnue. L'accouchement de la tête dernière en l'absence de traitement provoquerait l'éclatement du segment inférieur. La mère exposée à la rupture utérine lorsque l'hydrocéphalie est méconnue, ne court guère de danger lorsque le traitement est exécuté en temps opportun. Le fœtus sort le plus souvent mort ou mourant du fait du traitement. Lorsque le diagnostic est fait et confirmé en cours de grossesse l'interruption de celle-ci est en général proposée. Il ne reste plus à l'heure actuelle qu'une indication d'embryotomie. La craniotomie avec éventuellement cranioclasie de l'hydrocéphale.

Cette intervention se pratique sous anesthésie à dilatation avancée du col. Actuellement on procède à l'évacuation du contenu crânien par voie rachidienne (manœuvre de Van-Huevel Tarnier). La tête étant maintenue par un aide, le tronc étant tiré vers le bas, après avoir incisé la peau, de forts ciseaux ouvrent le canal rachidien dans la région cervicale. On introduit une sonde en gamme ou mieux une sonde rigide de préférence métallique (sonde de Doleris).

Le liquide s'écoule de lui-même, la voûte crânienne s'affaisse et l'extraction devient aisée.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Description du centre de santé de référence de la commune V :

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

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCom). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

-Les services

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique
- 2- Service d’Ophtalmologie
- 3- Service d’Odonto – stomatologie
- 4- Service de Médecine
- 5- Service de Pédiatrie
- 6- Service de Comptabilité
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire
- 8- Service de l’USAC

-Les unités:

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie),
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire,
- 3 Unité Imagerie Médicale,
- 4 Unité Médecine Générale,
- 5 Unité Pharmacie,
- 6 Unité Laboratoire,
- 7 Unité Ressources Humaines,
- 8 Unité Système Local d’Information Sanitaire (SLIS),
- 9 Unité Brigade d’Hygiène,
- 10 Unité Néonatalogie,
- 11 Unité Pédiatrie Générale,
- 12 Unité d’Oto-rhino-laryngologie (ORL),
- 13 Unité Tuberculose,
- 14 Unité Lèpre,
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON),
- 16 Unité Consultation Prénatale(CPN),
- 17 Unité Nutrition,
- 18 Unité Suites de Couches,
- 19 Unité du Programme Elargi de Vaccination (PEV)

- 20 Unité Gynécologie,
- 21 Unité Soins Après Avortement (SAA),
- 22 Unité Ophtalmologie,
- 23 Unité Odontostomatologie,
- 24 Unité Planification Familiale (PF),
- 25 Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- 26 Unité de grossesse pathologique.

-Le Personnel du service de gynécologie obstétrique: Il comporte :

- Six (6) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique dont un professeur agrégé qui est le médecin chef du centre et chef du service de gynécologie et d'obstétrique.
- Deux médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Des sages femmes,
- Des infirmiers d'état,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des instrumentistes,
- Des aides-soignantes,
- Des chauffeurs d'ambulances,
- Des manœuvreuses,
- Des gardiens.
- Dans le cadre de la formation le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spécialisée (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers.

-Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

4.2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective analytique Cas/Témoins (1Cas pour 2 Témoins) effectuée au centre de santé de référence de la commune V.

4.3. Critères d'appariement :

Nous avons apparié un cas pour deux témoins sur l'âge et la parité.

4.4. Période d'étude :

Notre étude a couvert la période allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 décembre 2012, soit une période de 5 ans.

4.5. Echantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur tous les accouchements enregistrés durant la période d'étude.

4.6. Taille de l'échantillon :

$$n = \frac{[(p * q) * \{1 + (\frac{1}{c})\} * (ea + e2b)^2]}{(Po - P1)^2}$$

ea=ea=1.96 (tiré de la table l'écart réduit)

e2b=e2β=1.64 (tiré de la table l'écart réduit)

c=2(nombre de témoins par cas) ;

p=2,68% (prévalence dans la littérature) [41]

q= 1-p (probabilité complémentaire de P)

$$P1 = \frac{Po \times OR}{(1 + \{Po \times (OR - 1)\})} ;$$

OR=0,1 (odds ratio minimum exigé)

Po=0.05 (proportion du sujet exposé au facteur de risque parmi les Témoins),

p1=0,00524

n= 97

Notre étude portait sur 102 Cas et 204 Témoins soit un Cas pour 2 Témoins

4.7. Critères d'Inclusion :

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

Cas :

Ont été considérées comme Cas toutes les primipares qui étaient admises pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale estimée à terme avec fœtus vivant en présentation du siège chez qui l'accouchement par les voies naturelles a été jugé possible et accepté.

Témoins :

Ont été considérées comme Témoins toutes les primipares qui étaient admises pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale estimée à terme avec fœtus vivant en présentation du sommet chez qui l'accouchement par les voies naturelles a été jugé possible et accepté.

4.8. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude toute patiente ayant bénéficié d'une césarienne prophylactique ou d'emblée, admise avant la phase active du travail d'accouchement et/ ou admise dans la salle de travail après la mort du fœtus.

4.9. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir de :

- Dossiers obstétricaux
- Registre d'accouchements,
- Registre des comptes-rendus opératoires,
- Registre de références / évacuations reçues,
- Registre de référence de nouveau-né,
- Registre des décès périnatals,

4.10. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 conformément à la formule applicable à l'étude cas/témoins.

4.11. Tests statistiques :

Le test statistique utilisé était l'Odds Ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha de 0,05%. Un OR inférieur à 1 était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un OR supérieur ou égal à 2 était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

4.12. Définitions opératoires :

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1 grossesse
- **Primipare** : 1 accouchement
- **Présentation du siège** : La présentation du siège est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'aire du détroit supérieur.

- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- **Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.
- **Césarienne en urgence** césarienne décidée pendant le travail d'accouchement.
- **Mort-né**: nouveau né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar = 0).
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes entre 1 et 3.

V. RESULTATS

5.1. Fréquence :

Durant la période d'étude 41.919 accouchements ont été enregistrés dans le service dont 589 en présentation du siège, soit une fréquence de 1,40%.

Parmi les 589 patientes ayant accouché de fœtus en présentation du siège, 152 étaient des primipares, soit 25,80% de des accouchements du siège et 0.36% de l'ensemble de l'accouchement.

Parmi les 152 primipares, 50 ont bénéficié d'emblée d'une césarienne; et l'accouchement par voie basse a été tenté chez les 102 autres.

Durant la même période d'étude l'accouchement par voie basse a été tenté chez 204 présentations du sommet soit une fréquence de 0,49% de l'ensemble de l'accouchement.

5.2. Profil sociodémographique :

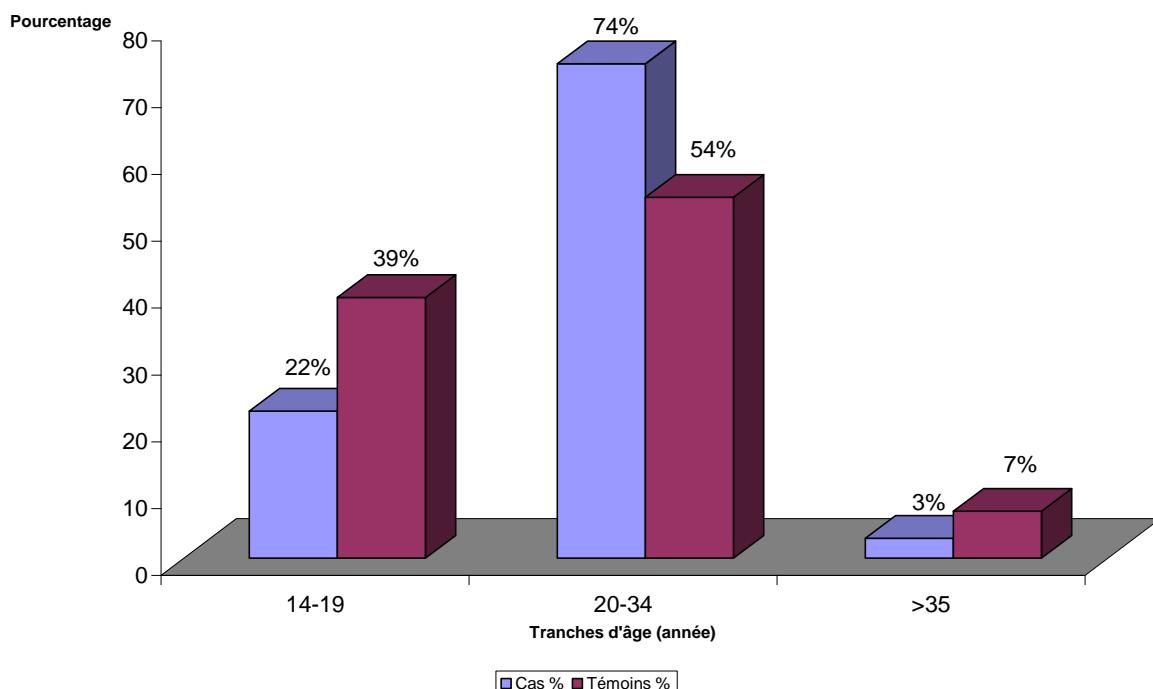


Figure 1: Répartition des femmes selon les tranches d'âge

La

tranche d'âge de 20 ans à 34 ans était la plus représentée chez les Cas ainsi que chez les Témoins.

L'âge moyen était de 24 ans dans les deux groupes.

Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Ménagère	69	68	179	88	0.0002	0.29 [0.16-0.55]
Aide ménagère	20	20	14	7	0.0008	3.31 [1.50-7.43]
Elève/Etudiante	13	12	11	5	0.0241	2.56 [1.01-6.57]
Total	102	100	204	100		

Les ménagères ont été les plus nombreuses chez les Témoins que chez les Cas (P: 0.0002 ; OR : 0.29 ; IC : [0.16-0.55]).

Tableau II : Répartition des patientes selon la notion d'instruction.

Notion d'Instruction	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Instruite	61	60	179	88		
					10^{-7}	4.81 [2.60-8.95]
Non instruite	41	40	25	12		
Total	102	100	204	100		

Les femmes non instruites étaient quatre fois plus fréquentes chez les Cas par rapport aux Témoins (OR-IC : 4.81 [2.60-8.95]).

5.3. Profil clinique :

Tableau III : Répartition des patientes selon la consultation prénatale.

Consultation	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Prénatale	E	%	E	%	
OUI	92	90	174	85		
					0.230	0.63 [0.26-1.40]
NON	10	10	30	15		
Total	102	100	204	100		

Nous n'avons retrouvé aucune différence entre les cas et les témoins par rapport à la fréquentation des CPN.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'auteur de suivi.

Auteur de suivi	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Qualifier	86	84	193	95	0.0027	0.31 [0.12-0.74]
Non qualifiant	5	5	6	3	0.3850	1.70 [0.40-6.86]
Non suivi	11	11	5	2	0.0021	4.79 [1.47-18.00]
Total	102	100	204	100		

Les femmes non suivi étaient quatre fois plus fréquentes chez les Cas par rapport aux Témoins (OR-IC : 4.79 [1.47-18.00]).

NB : Qualifier : sage femme ou médecin gynécologue obstétricien.

Non qualifiant : matrone

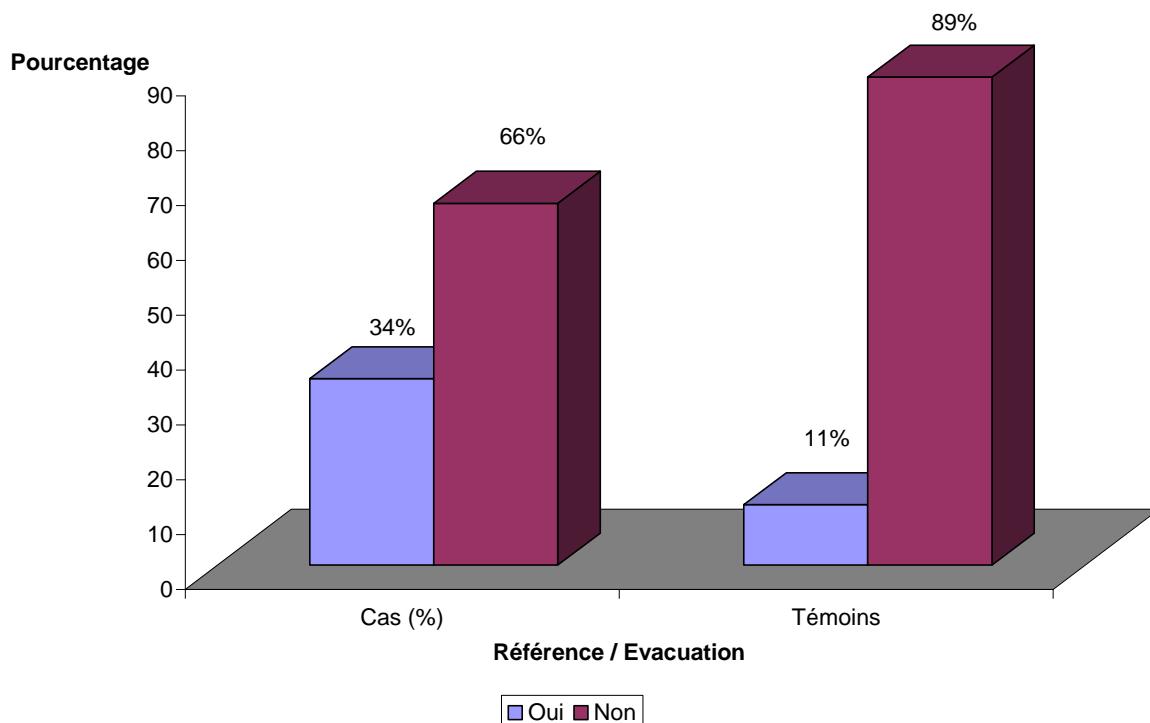


Figure 2 : Répartition des patientes selon la référence/évacuation reçue

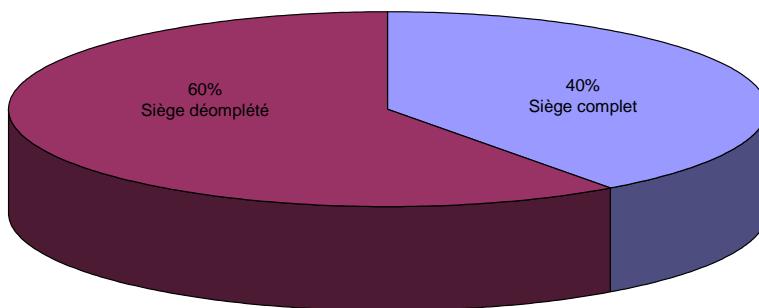
Les femmes référées étaient quatre fois plus fréquentes chez les Cas par rapport aux Témoins ($P : 6 \cdot 10^{-7}$ OR-IC : 4.32 [2.27-8.29]).

Tableau V : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Contractions utérines douloureuse	34	33	156	77	10^{-7}	0.15 [0.09-0.27]
Ecoulement liquidien	25	25	33	16	0.074	1.68 [0.89-3.14]
Asphyxie fœtale	5	5	7	3	0.532	1.45 [0.35-5.46]
Présentation du siège chez une primigeste	29	28	0	0	0	-
Présentation anormale	9	9	8	4	0.077	2.37 [0.78-7.29]
Total	102	100	204	100		

La différence était statistiquement très significative chez les Témoins ainsi que chez les Cas par rapport à la contraction utérine douloureuse ($P : 10^{-7}$)

5.4. Mode et variété de la présentation :



Figue 3 : Répartition des patientes selon le mode de la présentation

Le fœtus était en présentation de siège décomplété dans plus de la moitié des Cas soit 60%.

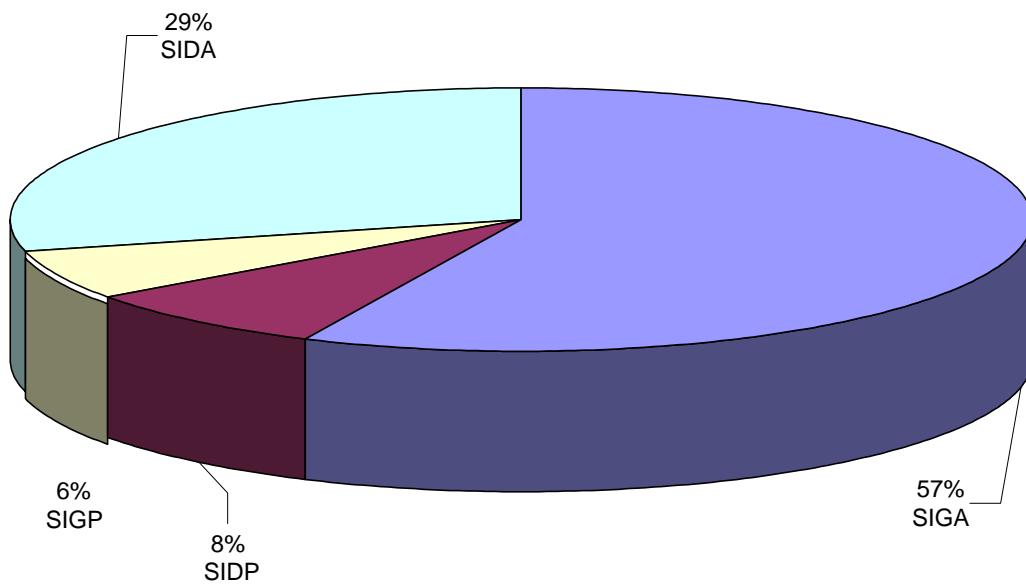


Figure 4 : Répartition des patientes selon la variété de la présentation

La variété sacro-iliaque gauche antérieure était majoritaire à 57% des Cas.

5.5. Marche du travail :

Tableau VII : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'entrée.

Etat des membranes	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Rompues	43	42	33	16		
					0.0000007	3.78 [2.12-6.73]
Non rompues	59	58	171	84		
Total	102	100	204	100		

La poche des eaux rompue était trois fois plus fréquente chez les Cas par rapport aux Témoins (OR-IC : 3.78 [2.12-6.73]).

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la perfusion d'ocytocine pendant le travail.

Perfusion d'ocytocine	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	87	85	22	11	10^{-7}	4.798 [3.25-10.37]
Non	15	15	182	89		
Total	102	100	204	100		

La perfusion d'ocytocine a été quatre fois plus réalisée chez les Cas par rapport aux Témoins.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la durée de la première période de l'accouchement.

Durée de la dilatation en heures	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 8	58	57	125	61	0.458	0.83 [0.50-1.39]
8-12	39	38	72	35	0.673	1.13 [0.67-1.91]
>12	5	5	7	4	0.532	1.45 [0.35-5.46]
Total	102	100	204	100		

Par rapport à la durée de la première période d'accouchement la différence était statistiquement non significative entre les deux groupes (OR-IC : 1.13 [0.67-1.91]).

Tableau X : Répartition des patientes selon la réalisation de l'épisiotomie.

Episiotomie	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	65	92	140	89	0.501	0.72 [0.22-2.00]
Non	6	8	18	11		
Total	71	100	158	100		

La différence est statistiquement non significative entre les Cas et les Témoins par rapport à la pratique de l'épisiotomie.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la durée d'expulsion.

Durée d'expulsion en minutes	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
< 5	20	28	47	30	0.808	0.43 [0.47-1.79]
5-10	44	62	92	58	0.593	1.17 [0.64-2.17]
>10	7	10	19	12	0.632	0.80 [0.27-2.12]
Total	71	100	158	100		

La différence était statistiquement non significative entre les Cas et les Témoins par rapport à la durée d'expulsion entre 5 à 10 minutes.

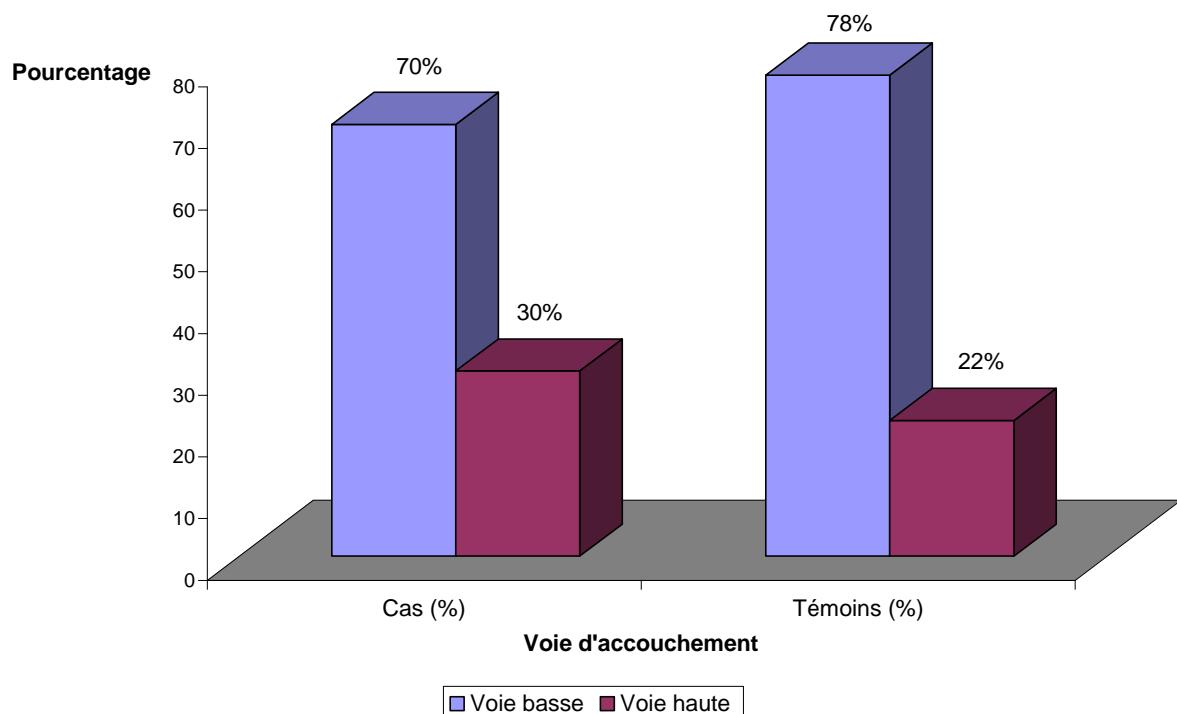


Figure 5 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

La majorité des patientes ont accouché par voie basse dans les deux groupes.

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

Indication de la Césarienne	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Dystocies	18	58	36	78		
Asphyxie fœtale aiguë	13	42	10	22		
Total	31	100	46	100	0.057	2.60 [0.85-7.99]

Pas de différence entre les cas et les témoins par rapport l'indication de la césarienne.

Tableau XIII: Répartition des patientes par rapport aux manœuvres obstétricales.

Manœuvre obstétricale	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Oui	63	89	05	3	10^{-7}	1.30 [6.86-19.2]
Non	08	11	153	97		
Total	71	100	158	100		

Nous avons retrouvé une différence entre les Cas et les Témoins par rapport à la manœuvre obstétricale.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de type de manœuvre obstétrical.

Type de manœuvre obstétrical	Cas	
	N	%
Manœuvre de Bracht	36	45
Manœuvre de Bracht + Mauriceau	17	24
Manœuvre de Lovset	2	1
Attitude de vermelin	16	30
Total	71	100

La Manœuvre de Bracht a été la plus pratiquée (45%).

Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction des anomalies du travail d'accouchement

Anomalie du travail D'accouchement	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Dystocie dynamique	18	18	36	18	6×10^{-7}	0.001 [0.00-0.013]
Dystocie mécanique	19	19	5	2		
Aucun	65	63	163	80	6×10^{-7}	0.023[0.05-2.016]
Total	102	100	204	100		

Nous avons retrouvé de différence entre les cas et les témoins par rapport à la dystocie mécanique.

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés en fonction des complications liées aux manœuvres obstétricales.

Complication lié au mancœuvre obstétrical	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Fractures de l'humérus/ fémurs	2	3	0	0	-	-
Fracture du maxillaire	1	1	0	0		
inferieur						
Aucune	68	96	204	0	-	-
Total	71	100	204	0		

Aucune complication traumatique retrouvée chez les témoins

5.6. Pronostic obstétrical :

Tableau XVII : pronostic maternel

Pronostic maternel	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Bon	88	86	183	90		
					0.373	0.39 [0.62-3.01]
Morbidité	14	14	21	10		
Total	102	100	204	100		

En terme de pronostic maternel la différence entre les deux groupes était statistiquement non significative.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la nature de la morbidité

Nature de la morbidité	Cas		Témoins		p	OR-IC
	E	%	E	%		
Hémorragie du post-partum immédiat	14	14	21	10		
					0.02	2.39 [0.62-3.01]
Aucune	88	86	183	90		
Total	102	100	204	100		

Le risque de survenu de l'hémorragie du post-partum était deux fois plus important chez les Cas par rapport aux Témoins.

Tableau XIX : pronostic périnatal.

Pronostic périnatal	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
Bon	89	87	193	95	0.283	0.66 [0.29-3.54]
Morbidité	11	11	10	4	0.483	2.00 [0.54-3.15]
Décès périnatal	2	2	1	1	0.218	4.06 [0.21-240.68]
Total	102	100	204	100		

La différence était statiquement non significative entre les cas les témoins par rapport au décès périnatal.

Tableau XX : répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la première minute.

Score d'Apgar à la première minute	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
6-7	25	25	53	26		
					0.780	0.93 [0.51-1.65]
8-10	76	75	150	74		
Total	102	100	204	100		

Les nouveau-nés ne sont pas plus à risque d'avoir un score d'APGAR morbides entre les Cas et les Témoins.

Tableau XXI : répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minute.

Score d'Apgar à la cinquième minute	Cas		Témoins		P	OR-IC
	E	%	E	%		
6-7	15	15	40	20	0.300	1.41 [0.71-2.90]
8-10	86	85	163	80		
Total	102	100	204	100		

Les nouveau-nés sont pratiquement à risque d'avoir un score d'APGAR morbides chez les Cas ainsi que chez les Témoins.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Fréquence :

Durant la période d'étude 41919 accouchements ont été enregistrés dans le service, dont 589 en présentation du siège, soit une fréquence globale de 1,40%.

Parmi les 589 patientes ayant accouché de fœtus en présentation du siège, 152 étaient des primipares, soit 25,80% des accouchements du siège et 0,36% de l'ensemble des accouchements.

Dans la littérature, la fréquence globale de la présentation du siège dans le cadre de la grossesse mono-fœtale varie d'un auteur à l'autre :

Kouakou F [27] en Côte d'Ivoire, Dicko B. [2] et Dembélé A [17] au Mali trouvèrent respectivement 1,52%, 1,42% et 1,72% de fréquences globales de l'accouchement du siège.

La fréquence des accouchements du siège est diversement appréciée ; cela pourrait s'expliquer par la variabilité des modes de recrutement d'une étude à l'autre.

6.2. Profil sociodémographique :

6.2.1. Age :

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20 à 34 ans, soit 74% des Cas contre 54% des Témoins avec un âge moyen de 24+/-0,007ans.

Farsi IF [25] au Sénégal, Dicko B [2] et Koné M [3] au Mali ont rapporté respectivement 27 ans, 24 ans et 26 ans de moyenne d'âge.

Il s'agit là de la tranche d'âge où le taux de fécondité est le plus élevé en Afrique subsaharienne.

6.2.2. Profession :

Notre population d'étude était majoritairement constituée de ménagères soit 68% des Cas et 88% des Témoins avec une différence statistiquement significative P=0,0002.

Cette tendance a été confirmée par Dicko B [2] en 2001 et Koné M [3] en 2004 qui avaient respectivement trouvé 91,3% et 71,43% de ménagères.

Il s'agissait le plus souvent, de patientes sans autonomie financière qui ne fréquentaient pas régulièrement les services de soins prénatals.

6.2.3. Niveau d'instruction :

Les patientes non instruites représentaient 40% des Cas contre 12% des Témoins au cours de notre étude avec $P=10^{-7}$ OR=4.81 [2.60-8.95]. La différence était statistiquement significative.

6.3. Profil clinique :

6.3.1. Suivi prénatal et mode d'admission :

L'un des objectifs de la consultation prénatale du dernier mois de la grossesse est d'établir le pronostic de l'accouchement.

Dans notre étude le taux de patientes non suivi représentaient 10% des Cas contre 15% des Témoins avec une différence statistiquement non significative, $P=0,230$ OR=0.63 [0.26-1.40].

Farsi IF [25] au Sénégal et Koné M [3] au Mali ont rapporté respectivement 34,1% et 33,6% de taux de patientes non suivies.

Il est aussi à noter que notre population d'étude était constituée à 35% de patientes évacuées des CSCCom pour les Cas et à 11% pour les Témoins.

6.3.2. Mode et variété de présentation :

Au cours de notre étude nous avons noté 60% de présentations de siège décomplété contre 40% de présentations de siège complet ; mais aussi une plus grande représentativité des variétés antérieures, soit 57% de SIGA et 34% de SIDA.

Cette tendance a été confirmée par Farsi I [25] au Sénégal qui trouva 52.6% de présentation de siège décomplété et 43,3% de présentation de siège complet.

6.4. Prise en charge :

Notre travail a montré que l'accouchement du siège par voie basse demeure prépondérante au centre de santé de référence de la commune V soit 70% des Cas contre 78% des Témoins avec une différence statistiquement non significative $P=0.136$ OR = 0.136 [0.38-1.19].

Dans la littérature les taux de césarienne dans l'accouchement du siège sont variables, ils sont plus élevés dans les pays développés avec des taux allant de 47.9% à 51% en France [12-18] et de 61.4% à 90% aux Etats-Unis [22-40].

Ce qui n'est pas le cas dans la majorité des pays de l'Afrique sub-saharienne comme le montrait Kouakou F [28] en Côte d'Ivoire avec 10.7% et Marino OA [33] au Nigéria avec 15%.

Outre la perfusion d'ocytocine et l'épisiotomie, certaines manœuvres obstétricales ont été pratiquées en tête desquelles se trouvaient la manœuvre de Bracht et la manœuvre de Mauriceau.

6.5. Pronostic :

6.5.1. Pronostic maternel :

Dans la littérature, plusieurs types de complications ont été décrits.

Ces complications sont fonctions de plusieurs facteurs qui peuvent être liés à la qualité du suivi de la grossesse et/ou à la surveillance du travail d'accouchement.

Ainsi au cours de notre étude 14% des complications hémorragiques ont été enregistrées dans le groupe des cas contre 10% dans le groupe des témoins.

En revanche aucun cas de décès maternel n'avait été enregistré aussi bien chez les cas que chez les témoins.

Ainsi nous pouvons dire que le pronostic maternel en terme de mortalité après accouchement de siège est favorable.

6.5.2. Pronostic néonatal et périnatal :

Le pronostic néonatal est le plus souvent le reflet de la qualité de la surveillance du travail d'accouchement.

L'accouchement du siège était le plus souvent associé à un taux élevé d'asphyxie néonatale avec deux fois plus de risque par rapport au groupe Témoins $P=0.483$, $OR=2.00$ [0.54-3.15].

Le même constat est fait par Kouakou F en Côte d'Ivoire [28] qui trouva 27.8% d'asphyxie néonatale.

Ceci démontre qu'il s'agit d'un accouchement à haut risque et qui de ce fait nécessite une équipe pluridisciplinaire (Obstétriciens, Anesthésistes Réanimateurs et néonatalogistes), expérimentée et ayant une bonne connaissance des différentes

mancœuvres applicables en cas de survenue de complications au cours de l'accouchement du siège.

Outre l'asphyxie fœtale nous avions enregistré deux cas de complications traumatiques dans le groupe des Cas (fracture fémorale=01, fracture mandibulaire=01). Le taux de mortalité lors de l'accouchement du siège semble 4 fois plus élevé que celui du sommet P=0.218 OR=4.06 [0.21-240.68].

Le même constat a été fait dans la littérature Africaine [28-42] qui relève des taux de mortalité périnatale allant de 11% à 25%. En Occident [5-26], ce taux est plus bas, en dessous des 6% et où l'accouchement par voie haute semble être plus pratiquée.

Nous pensons que pour améliorer ces taux de morbidité et de mortalité dans nos pays de l'Afrique sub-saharienne, toute tentative d'accouchement par voie basse de fœtus en présentation du siège devrait être conditionnée à la réalisation systématique d'un bilan obstétrical en de fin de grossesse. Ceci pourrait permettre de sélectionner de manière plus objective les femmes ayant le bon profil d'accouchement par voie basse (poids fœtal inférieur à 3800 g, BIP inférieur à 95mm ; les bassins maternels favorables à la radiopelvimétrie).

Ainsi nous pouvons dire qu'outre ces conditions foeto-maternelles, il faut une équipe pluridisciplinaire. Ceci contribuerait significativement à améliorer le pronostic obstétrical dans l'accouchement du fœtus en présentation du siège.

CONCLUSION

Nos résultats confirment que l'accouchement du siège est un accouchement à haut risque, et doit nécessiter une sélection prudente des cas éligibles à l'accouchement par la voie basse et une gestion rigoureuse du travail d'accouchement avec des équipes entraînées.

RECOMMANDATIONS

➤ Aux prestataires de soins prénatals :

- Identifier et référer les cas de présentation du siège vers les centres spécialisés.
- Demander systématiquement une échographique pour la biométrie fœtale, et la radiopelvimétrie avant toute tentative d'accouchement par voie basse de fœtus en présentation du siège.
- Faire un examen obstétrical sérieux, minutieux et méthodique au troisième trimestre (bassin, périnée, paramètre fœtal, conditions obstétricales locales)

➤ Aux autorités politiques et sanitaires :

- Assurer une formation de base de qualité et une formation continue pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales en général et de l'accouchement du siège en particulier.
- Renforcer le système de référence/évacuation en vue de permettre une prise en charge rapide et efficace des accouchements du siège par les structures sanitaires mieux équipés.
- Equiper les salles d'accouchement en appareil échographique et en cardiotocographe
- Garantir une équipe pluridisciplinaire à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune V pour meilleur une prise en charge de l'accouchement en présentation de siège.

➤ A la population :

Faire un suivi régulier des consultations prénatales chez toutes les femmes enceintes.

REFERENCES

- 1-Robert M, Jean L, Jean M.** Précis d'obstétrique, Présentation du siège 6^{ème} édition, page 185-195.
- 2-Dicko B.** Accouchement du siège, pronostic fœtal à propos de 103 cas. Thèse méd., Bamako, 2001; numéros 67.
- 3-Koné M.** Accouchement en présentation par le siège: Pronostic fœtal et maternel, These Med, Bamako 2005:
- 4-Lewis E Mel H.** Hypnosis and conversion of the breech to the Journal of the American Medical Association Arch FAM Med 1994; 3: 881-887.
- 5-Maillet R, Shall JP, Gautier C, Delpiano F, Flusin M.** Existe-t-il des séquelles spécifiques de l'accouchement en présentation du siège chez les enfants scolarisés ? Enquête statistique et rétrospective.
Revu Fr Gynécol. obstet 1983, 78 (4)
- 6 –J M Thoulon, F Puech, G Boog.** Obstétrique. Ellipse, 32 Rue Bargue 75015, Page 764.
- 7-Georges P.** L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée est-elle possible?» XIV^e JTA avancées en gynécologie obstétrique PMA et Pédiatrie 1999 ; 1-6.
- 8-Dumont M, Nelken S, Condamine P.** Etude de 309 accouchements en présentation du siège. Revu FR gynecol 1977.
- 9-Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle Z, Zenet R.** The frequency of breech presentation based study. Am J of obstet and gynecol 1992; 166:851-2?
- 10-Creaz J, Rosni K.** Maternal and fetal medicine .sounders Philadelphia 1984 Br J of obstetric gynecology 1997; 104, 11:1223-1291 .
- 11-Daniel P, Peter J.** Route of e breech presentation: a conundrum Am J of obstet and gynecol 1995; 173, 2.

12-Denis A, Texier M, Roucthy R. Le pronostic fœtal en siège: évaluation d'un coefficient de risque. Revu Fr gynéco-obstet 1976; 71:309-316

13- Le Fevre J, Cardi S, Denis A, Marchetta J. Accouchement du fœtus de faible poids en présentation du siège – Pronostic fatal et place de l'opération césarienne. Rev Fr Gynécol. obstet 1982; 77,3: 185-189.

14-Rachidi R, Fekih M, Messaoud L, Brahim O. Le pronostic fœtal de l'accouchement par le siège: étude statistique à propos de 543 cas. Rev Fr Gynécol. obstet 1993; 884: 249-252.

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

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

17-Dembélé A. Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans les maternités du district de Bamako : 192 cas. Thèse Med, Bamako, 1988.18.

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

19-Grazon A, Henrion R .Présentation du siège Edit technique encylmed (paris), obstétrique, 5026, 110, A20, 1967.

20-Mestrallet A.Conduite à tenir devant une présentation du siège.
Journées de perfectionnement Départ Gynécol. obstet. CHU Lyon: 197.

21-Grall J Y, Dubois J, Moquet PY, Puolain P, Blanchot J, Laurent MC.
Présentation du siège.-Editions Techniques-Eencycl. Méd. Chir (Paris-France)
Obstétrique ; 5-049-L40.1994 :14.

22-Dyson DC, Ferguson J E, Hensleigh P. Ante partum external cephalic Version unders tocolysis Obstet Gynecol 1986; 67: 6.

23-Lips U, Fracke C, Prader A. Testicular volume and function in adolescence after Brecht delivery. *Helv Pediatr Acta* 1979; 34:43.

24-Sauvage P, Messer J, Leissner P, coll. Lésions majeures des testicules observées chez les enfants nés par le siège. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1973 ; 68 :579-584.

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

26-Hannah M, Hannah W, Hodmett E . Accouchement par présentation de siège par voie vaginale: la fin d'une époque. *Lancet* 2000; 356; 1357-83.

27-Hill L. Prevalence of breech presentation by gestational age *Am J prenatal* 1990; 7:92

28-Gassan H, Diarra S, Touré K, Kouakou F, Welffens C. Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient C de corrélation Ann. Univers, Abidjan, série B (Médecine),1983; XVII (1)291.

29-Kouam L, Miller EC. Les méthodes thérapeutiques dans les du cordon et le pronostic fœtal. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1981 ; 76 : 1-7.

30-Dubois J, Fraisse E. Le siège aujourd'hui. *Con Méd.* 1982 ; 104 :7219-7226.

31-Barrier J, Elhaik S. La césarienne, Ses indications actuelles sont –elles trop nombreux ? *Revu for gynéco obtet* 1979; 74,5: 335 -334.

32-Baudet J. Faut-il faire une césarienne systématique dans les présentations du siège ? *Rev Fr. Gynéco-obtet* 1992; 87, 7 -9: 415 – 418.

33-Ilesanne O, Marinho OA. Out come of 44 breech singleton delivers at the catholic hospital oluyuro Ibadam Africa *J of the medicine and medical science* 1996; 25(1); 4

34- Marpeau L. Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ? Revu Fr. Gynécol. obstet 1999; 94, 6: 474-477.

35-Thomson AJ, Searle M, Russel G. Quality of survival after severe birth asphyxia. Arch Dis Child 1977; 52: 620-626.

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

37-Danon D, Geraudel A, Collin D, Lazar P, Berland HA, Dreyfys J. Comparaison statistique de la mortalité et la morbidité fœtales devant deux attitudes thérapeutiques lors d'une présentation du siège. Gynécol Obstét Biol Réprod 1981; 10:623.Congr Perinat Med 1976.

38-Albertson, Wiklund K, Niklasson A, Karlberg P Birth. Data for patients who later develop growth hormone deficiency. Preliminary analysis of a national register. Act paediatric Scand Suppl 1990; 370 (suppl):115-120.

39-Buck GM, Michaelek AM, Kramer AA. Labor and delivery events and risk of sudden infant death syndrome (SIDS).Am J Epidemiology 1991; 133:900-906.

40-Laros RK JR, Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation a protocol of external céphalique version and selective trial of labor. Am J of Obstet and Genecology. 172 (6):191623; discussion 1923-5 1995 Jun.

41-D F Diarra. Accouchement du siège : pronostic maternel et fœtal. Thèse de médecine en 2009 à Bamako.

42-M Nayama, S M Doiri-Salifou, H Soumana, A Tahirou, N Idi, M Garba. Accouchement en présentation de siège pronostic périnatal et maternel dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 317 cas, Med Afr Noire, 55 (2008), 417–422.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Q0- ETUDE : 1=Cas 2=Témoins

Fiche N°

Q1- IDENTITE :

1-1- Nom et prénoms :

1-2- Age : 1< 14ans-19ans 2=20 ans-34ans 3> 35ans

1-3- Profession : 1=ménagère, 2=aide ménagère, 3=commerçante, 4=autres

1-4- Niveau d'instruction : 1= instruite 2= non instruite

Q2- CONSULTATION PRENATALE :

2-1- C.P.N. faite : 1=oui 2=non

2-2- l'auteur du suivi : 1- qualifier, 2- non qualifier, 3- non suivi

Q3- MODE D'ADMISSION:

3-1-Référée : 1=oui 2=non

3-2-Motif d'admission :

3-3-Contractions utérines : 1=oui 2=non

3-4- Ecoulement liquidiens : 1=oui 2=non

3-5- Asphyxie fœtale : 1=oui 2=non

3-6-Présentation du siège chez une primigeste : 1=oui 2=non

3-7- Présentation anormale : 1=oui 2=non

3-8-Autres à préciser :

Q4- EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

4-1- Interrogatoire :

4-1-1-Douleur abdominale (CU) : 1=oui 2=non

4-1-2-Sensation de fièvre : 1=oui 2=non

4-1-3-Ecoulement liquidiens : 1=oui 2=non

4-1-4-Douleur dans le flanc droit : 1=oui 2=non

4-1-5-MAF : 1=oui 2=non

4-2- Signes généraux :

4-2-1-Coloration des muqueuses : 1=oui 2=non

4-2-2-Œdème : 1=oui 2=non

4-2-3-Obésité : 1=oui 2=non

4-2-4-T. A en cmHg : 1=<10/5, 2=10/5-13/8, 3=14/9-15/10, 4=>16/11

4-2-5-Température : 1=37-38 2=>38

4-3- Examen obstétrical :

4-3-2-Grand axe longitudinale de l'utérus : 1=oui 2=non

4-3-4-Hauteur utérine : 1=<36cm 2=>36cm

4-3-6 -Palpation (abdominale) : 1=oui 2=non

4-3-7-BDCF : 1= 0, 2=< 110, 3=110 -150, 4=> 150

4-3-8-Examen au Spéculum : 1=oui 2=non

4-3-8-1 Si oui le résultat.....

4-3-9-Toucher vaginal : 1=oui 2=non

4-3-9-1-Phase du travail : 1 =latence 2=active

4-3-9-2-présentation : 1=siège 2=céphalique

4-3-9-3-variété de la présentation : 1=SIGA 2=SIDP 3= SIGP 4 = SIDP

Q5- PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT :

5-1-Voie basse : 1=oui 2=non

5-2-Voie haute : 1=oui 2=non

5-2-1-Si oui, préciser :

Q6- DISPOSITIONS PARTICULIERES POUR LA VOIE BASSE :

6-1-Préparation à l'accouchement : 1=oui 2=non

6-2-Rupture des membranes à dilation complète : 1=oui 2=non

6-3-Présence d'un accoucheur qualifié : 1=oui 2=non

6-4-Présence d'un anesthésiste : 1=oui 2=non

6-5-Forceps prêt à l'emploi : 1=oui 2=non

6-6- Perfusion d'ocytocine : 1=oui 2=non

6-7- Episiotomie large : 1=oui 2=non

6-8- Attitude et ou manœuvre utilisée : 1=oui 2=non

6-8-1-Si oui quelle manœuvre :

1. Attitude de Vermelin :

2. Version par manœuvre interne :

3. Manœuvre de Bracht :

4. Manœuvre de Lovset :

5. Manœuvre de Mauriceau :

6. Grande extraction du siège :

7. Manœuvre de Mantel-Pinard :

8. Ventouse sur siège :

9. Petite extraction du siège :

10. Manœuvre de Demelin :

11. Manœuvre de Suzor :

12. Extraction de la tête dernière :

13. Manœuvre de Mauriceau-Smellie-Veit :

14. Manœuvre de Wigrand-Martin :

15. Forceps sur tête dernière :

16. Manœuvre de Champétier De Ribes :

17. Manœuvre de Kristeller :

6-8-2-Indication de la manœuvre :

6-8-3- Complications maternelles : 1=oui 2=non

6-8-3-1-Si oui, précisé :

6-9- Complications fœtales : 1=oui 2=non

6-9-1-Si oui, précisé :

1. Fracture de la clavicule

2. Fracture de l'humérus

3. Fracture du maxillaire inférieur

4. Elongation du plexus brachial

5. Hémorragie méningée

6. Mort apparente
7. Mort intra partum
8. Néant

6-10-Décès néonatal : 1=oui 2=non

6-10-1-Si oui contexte de décès à préciser :

Q7- PARAMETRES DU NOUVEAU NE :

7-1-1 Vivant : 1=oui 2=non

7-1-2- Traumatisme : 1=oui 2=non

7-1-3- Malformation : 1=oui 2=non

7-1-3-1-Si oui, précisé :

7-1-4- Poids en gramme : 1=<2500 2=2500-3500 3=>4000

7-1-5- Taille en cm : 1=<47, 2=47-50

7-1-6- Score d'Apgar :

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

7-1-7-Notion de référence : 1=Oui 2Non

7-1-7-1-Si oui, précisé

1=Souffrance néonatale, 2=Prématurité, 3=Hypotrophie, 4=Macrosomie,
5=Malformation, 6=Mère diabétique, 7=Mère HIV positive, 8=fracture de la
clavicule, 9=fracture de l'humérus

7-1-7-2-Autre à préciser :

Q8-LES SUITES DU POST-PARTUM IMMEDIAT :

1=Simple, 2=Compliquée :

Q8-1-Si compliquée, précisé : 1=Hémorragie, 4=Décès maternel

Q9-LES SUITES POST-CESARIENNE :

1=Simple, 2=Complications hémorragiques, 3=Complications infectieuses

4= Autres à préciser :