

**MINISTERE DE L'EDUCATION  
NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

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

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2004-2005**

**N°...../**

***ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION PAR LE  
SIEGE :***

***PRONOSTIC FŒTAL ET MATERNEL DANS LE SERVICE DE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE***

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 26/01/2005  
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Par**

**M<sup>r</sup> Moussa KONE**

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

***Jury***

**PRESIDENT :**

**Professeur Amadou Ingré DOLO**

**MEMBRE:**

**Docteur Boubacar TOGO**

**DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Mamadou TRAORE**

**CODIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur Youssouf TRAORE**

## **SOMMAIRE**

I- INTRODUCTION	1
Objectifs	2
II- GENERALITES	3
1- Définition	3
2- Historique	5
3- Diagnostic	12
4- Phénomènes plastiques et dynamiques	19
5- Particularité physiologique	20
6- Anomalies de l'accouchement	21
7- Pronostic	23
8- Pronostic foetal	25
9- Conduite à tenir	35
III- METHODOLOGIE	40
IV- RESULTATS	44
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	63
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	73
VII- BIBLIOGRAPHIE	75

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail au Créateur, Allah, l'Absolu, le Clément et Miséricordieux, pour sa grâce de nous avoir accordé le temps de le mener à bon port. Puisse Allah m'éclairer de sa lumière divine, Amen !

Allah

Donnes à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins.

Donnes à mon cœur la compassion et la compréhension.

Donnes à mes mains l'habileté et la tendresse

Donnes à mes oreilles la patience d'écouter

Donnes à mes lèvres les mots qui réconfortent

Donnes à mon esprit le désir de partager

Donnes moi, Allah le courage d'atteindre mes vœux les plus ardents et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

### **A feu mon père et feu ma mère.**

Très chers parents vous avez été très tôt arrachés à notre affection depuis ma 4<sup>ème</sup> année et 6<sup>ème</sup> année de l'école fondamentale.

C'est l'heure pour moi de me prosterner devant vos tombes et de vous faire honneur.

Comme vous auriez aimé voir ce jour, mais hélas nul ne peut résister à la volonté divine.

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

Sachez que je serai digne de vous, je mettrai tout en œuvre pour continuer vos vœux et vos désirs qui n'ont pas pu être réalisés.

Nous savons que vos esprits veillent sur nous.

Chers parents nous ferons de sorte que vos idéaux se perpétuent.

Dormez en paix chers parents que Allah vous accueille dans son royaume.

A mes frères et sœurs

Vous avez tout donné pour ma réussite. Votre attention et votre affection sans faille à mon endroit n'ont pas d'égal. C'est grâce à vous que j'ai pu consommer la perte cruelle de mes parents étant tout petit et c'est grâce à vous que j'ai pu poursuivre mes études sans difficulté. Puisse Dieu le Tout Puissant vous donner encore longue vie et à moi la volonté de reconnaissance.

## REMERCIEMENTS

A mon frère Modibo KONE et sa femme Fanta COULIBALY  
Merci pour votre soutien inestimable. Je vous dois reconnaissance et vifs remerciements « Thank you very much for your contribution ».

**A mes oncles** Bah KONE, Abdou MARIKO, feu Oumar DOUMBIA, Zoumana MARIKO, pour vos sages conseils et soutiens. Ce travail est aussi le vôtre et vous honore.

**A tous ceux qui de près ou de loin** ont contribué financièrement ou moralement à la réalisation de ce travail. Grand merci.

**A toutes les populations de Niagalé, Zantièbougou et Bougouni**, pour votre soutien tout au long de mes études.

**A ma chère aimée, Marie Joseph COULIBALY** ; nous nous sommes connus à une période où j'avais besoin le plus d'amitié. Ta gentillesse, disponibilité, mais aussi ton grand esprit de compréhension font de toi une personne exemplaire, plein d'avenir. Tu m'as donné ce qu'il y a de plus précieux au monde. J'en serai reconnaissant. Trouves ici ta satisfaction du fruit de l'effort commun.

**A mes neveux et nièces**, Boubakar DIENTA, Modibo KONE, Bah Diasé KONE, Drissa KONE, Abdoulaye KONE, Assitan KONE dite « Tou », Marama KONE, Rokiatou KONE ; je vous souhaite une très bonne chance et surtout du succès pour les études.

**A mes amis de classes** ; Bourama MARIKO, Mamady CAMARA, Ganda SOUMARE, Hachimi POMA, Broulaye MARIKO, Soumaïla MAÏGA, Abdoul K SANGARE, Mamadou TIMBELY, Cheik T SANGARE ; vous m'avez démontré que le lien d'amitié peut être plus fort que celui du sang. Je vous souhaite succès dans la vie.

**A mes amies** Fatoumata CISSE, Marifatou AGNIDE, Assata DIAKITE, feu Adama DIAKITE, Awa COULIBALY ; amitié et reconnaissance pour toujours.

**A mes amis d'enfance** Souleymane DOUMBIA, Lasseny SIDIBE, Souleymane DIAKITE, Sidi COULIBALY ; trouvez ici le témoignage de toute mon amitié et de toute ma sympathie.

**A mes maîtres de premier cycle, seconde cycle et du Lycée** pour les sacrifices consentis tout au long de mes études.

**A mon informaticien Nouhoum TIMBINE** ; ce travail est le tien, sans toi sa réalisation serait impossible. Merci !

**A tous mes professeurs de la FMPOS** pour la qualité de l'encadrement.

**A tous les personnels de la Bibliothèque de la FMPOS** pour votre soutien.

**A tous les personnels de l'ASACONIA, de la clinique Mohamed V, du Cabinet Torodo**, pour vos qualités humaines et votre profonde admiration.

**A tous les membres et sympathisants de l'ADERS (Association des étudiants ressortissant de Sikasso), de l'UERSB (Union des étudiants sympathisants de Bougouni), de RASERE (Puissant état major de la FMPOS).**

Aux Gynécologues obstétriciens du CHU Gabriel Touré  
Docteurs : Almany DICKO, Salif DIAKITE, Chérif HAIDARA, Abdramane SAMAKE, Issa DIARRA, Ibrahima TEGUETE, Famakan KANE, SOUMARE Modibo, Abdramane TOGO, Assétou WANE, Amalle DAOU, Fanta Sambou DIABATE.

Vous m'avez guidé les pas, tenant mes bras, vous m'avez ouvert les yeux au service de gynécologie obstétrique. Merci infiniment pour tout.

Au Dr Niani MOUKORO

Vos qualités humaines nous ont comblés. Votre contribution morale et pratique a été indispensable pour la réussite de ce travail.

Trouvez ici toute notre satisfaction et reconnaissance.

Au Dr John Mulbah

Pour tous les efforts consentis à notre égard. Nous avons beaucoup appris de vous. Sachez que je n'oublierais jamais votre dévouement : thank you very much mister.

Aux médecins en spécialisation de chirurgie

Dr : Sory Ibrahima KONE, Sidiki KEITA, Jean Sammuel KENFACK, Ibrahima DIAKITE votre assistance et votre esprit de partager le savoir-faire avec les autres nous a permis d'apprendre beaucoup avec vous. Que Dieu vous donne longue vie !

Trouvez ici l'expression symbolique de ma très haute et fraternelle reconnaissance.

**A tous les internes du service de gynécologie obstétrique de Gabriel Touré et d'ailleurs** en lutte pour leur droit après les devoirs honorablement bien accomplis. Votre collaboration m'a beaucoup servi. L'esprit de groupe, la solidarité, la culture et la fraternité doivent être toujours renforcés par chacun comme toujours afin que nous puissions relever vite les défis qui sont les nôtres. Le travail est le vôtre. L'Afrique a besoin de nous pour la résolution de ses problèmes. Ne croisons pas les bras camarades, la solution à ces problèmes est avec nous et ici chez nous en Afrique et nul part ailleurs. Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie.

**Aux sages-femmes du CHU Gabriel Touré.** Vos soutiens et vos encouragements m'ont accompagné à toutes les étapes de ce travail. Sans vous sa réalisation serait impossible. Merci pour tout mamans.

**Aux infirmières et infirmiers du service ;** vos qualités humaines et votre sympathie sont sans égales. Trouvez dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président de jury**

**Le professeur Amadou Ingré DOLO**

**Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique**

**Président fondateur de la SOMAGO**

Secrétaire général de la SAGO

**Chef du service de Gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré**

**Président du réseau de prévention de la mortalité maternelle du Mali**

Honorable maître, l'intégrité, la probité, l'assiduité, le courage, le sens social élevé, la faculté d'écoute, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités irréfutables que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration.

Au début nous avons eu des problèmes à nous adapter à votre rigueur, mais par finir nous avons compris que vous oeuvriez bien dans le sens de notre réussite.

Vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir être.

Nous sommes fiers d'être votre élève.

Puisse le temps nous permette d'être des disciples à votre image exemplaire et de gagner votre confiance.

Nous vous souhaitons longue et heureuse vie. Que Dieu vous récompense grâce à vos efforts inestimables !



A notre maître et juge

**Le Docteur Boubacar TOGO**

**Maître de conférence en Santé publique**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Notre séjour dans le service de pédiatrie nous a permis d'apprécier votre et votre simplicité votre humanisme

Veillez accepter nos sincères remerciements cher Maître

**A notre maître et directeur de thèse**

Le professeur Mamadou TRAORE

Tout l'honneur nous revient de vous avoir comme directeur de ce jury. Vos qualités humaines et pédagogiques, votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire

Soyez rassuré de notre profonde gratitude reconnaissance cher maître.

**A notre maître et codirecteur de thèse**  
**Le Docteur Youssouf TRAORE**  
**Gynécologue obstétricien**

Sous votre apparence très calme se cache une grande personnalité. La rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait, l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves et le sens très élevé du devoir nous ont forcé l'estime et l'admiration.

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Nous vous devons le mérite de ce travail.

S'il a été réalisé c'est grâce à votre soutien constant, vos conseils et encouragements.

Cher maître soyez assuré de notre sincère attachement et notre profonde admiration.

## **Abréviations**

BDCF : Bruits du cœur fœtal

Cm : Centimètre

IC : Intervalle de confiance à 95 pour cent

OIDA : Occipito-iliaque droite antérieure

OIDP : Occipito-iliaque droite postérieure

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieure

OIGP : Occipito-iliaque gauche postérieure

OR : Odds ratio

P : Probabilité

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaines d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aiguë

VME : Version par manœuvre externe

≤ : Inférieur ou égale

≥ : Supérieur ou égale

## I- INTRODUCTION

La présentation du siège est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du fœtus se présente la première dans l'aire du détroit supérieur. C'est la plus fréquente des présentations irrégulières [61].

L'incidence globale des accouchements du siège dans le monde varie entre 3 à 4,2% [61].

En Afrique elle varie de 1,52 à 5,4% [25] et au Mali, elle varie entre 1,2 à 1,72% [15, 17].

Aussi vieille que l'humanité la présentation du siège reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique [20].

L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt à cause d'une part de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales liées à ce type de présentation et d'autre part à la morbidité maternelle associée.

S'il est théoriquement eutocique du fait que les principaux diamètres du fœtus sont compatibles avec ceux de la filière pelvigénitale, cette eutocie est moins assurée que celle du sommet. En effet dans le siège les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable créant ainsi la dystocie [61]. Cette dystocie a comme conséquence l'élévation de la fréquence de la morbidité et de la mortalité périnatales.

Cette fréquence de morbidité et de mortalité fœtales est de 5 à 10 fois plus importante que dans l'accouchement du sommet [39]. Les statistiques notent que la mortalité périnatale globale est de 4,2% tandis que la morbidité fœtale relativement importante est due aux manœuvres obstétricales lors des extractions artificielles [45].

Contrairement à la présentation du sommet la conduite à tenir face à la présentation du siège reste toujours l'objet de grandes divergences. 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. Elle est de plus en plus considérée comme dystocique.

Ainsi aux Etats-Unis la césarienne est systématiquement préconisée dans l'accouchement du siège [23].

D'autres pensent que bien surveillé et bien conduit, l'accouchement de la présentation du siège reste un accouchement eutocique.

Ces divergences empêchent de définir une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège.

L'absence d'étude antérieure faite sur ce type d'accouchement dans notre service a motivé cette étude.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif principal**

Evaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation par le siège à terme.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des accouchements par le siège ;
- Déterminer la voie et le mode d'accouchement dans la présentation du siège ;
- Déterminer les complications fœtales et maternelles dans l'accouchement par le siège ;

## II- GENERALITES

### 1- DEFINITION

*La présentation du siège ou présentation podalique est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact direct avec l'aire du détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [2, 61].*

Il s'agit d'une présentation théoriquement eutocique. Mais cette eutocie est moins assurée que celle du sommet.

**Figure 1 : présentation du siège complet avant le travail : SIGT [61]**



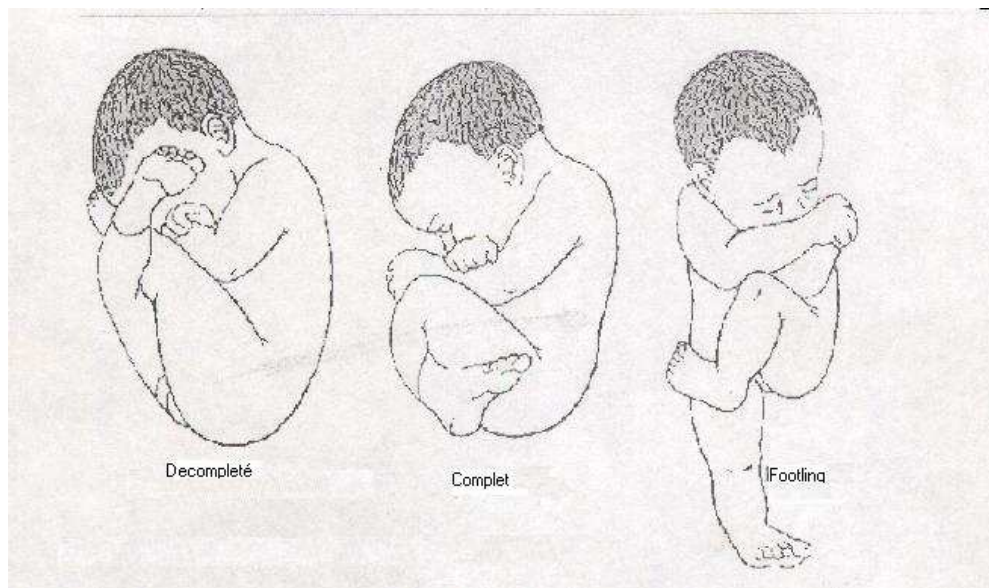
On décrit deux modalités principales dans la présentation du siège :

- Le siège complet : le fœtus semble être assis « en tailleur ». les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles mêmes modérément fléchies sur le bassin. Ainsi les membres inférieurs repliés devant la présentation, dont ils font partie, augmentent ses dimensions. Il est considéré comme dystocique : c'est ainsi qu'il constitue aux USA, une indication obligatoire de la voie haute [28].
- Le siège décompleté, mode de fesse est le plus fréquent. Les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyper fléchies sur le bassin ce qui amène les pieds à la hauteur de la tête fœtale. Ainsi les fesses sont à elles seules toute la présentation.

A côté de ces modalités, il existe deux autres plus rares :

- le siège décompleté mode des genoux appelé « fothing breech » par les auteurs américains où les membres inférieurs sémi-fléchis sous le siège constituent une source de complications. Il est plus rare mais de mauvais pronostic.
- Le siège décompleté mode des pieds ou le fœtus est debout dans l'utérus.

**Figure 2 : différents modes de présentation de siège [28]**



## 2- HISTORIQUE

Avant la deuxième guerre mondiale il n'était pas exceptionnel de transformer, en fin de travail, une présentation céphalique en siège. Cette technique était utilisée en cas de dystocie pour extraire l'enfant par voie basse et éviter de pratiquer une césarienne. Il faut se rappeler qu'à l'époque l'hystérotomie était grevée d'une lourde mortalité pouvant atteindre 20 à 30% en cas de rupture des membranes. Les obstétriciens étaient alors les virtuoses de la voie basse et la grande extraction était couramment apprise et pratiquée. Certains obstétriciens chevronnés la préconisaient même à titre systématique dans la présentation du siège non compliquée [28].

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 [17].

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

- En 1550, Ambroise Paré recommande la version podalique ;
- En 1668, François Mauriceau décrit la manœuvre de dégagement de la tête dernière ;
- En 1743 Jacques Mesnard et en 1748 Sunellie utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière.
- En 1821, Madame Marie-Louise La Chapelle, sage-femme du roi, codifie l'accouchement du siège : « l'accoucheur doit se garder de céder à l'impatience naturelle qu'on éprouve souvent à la tentation d'agir qu'existe naturellement la facilité apparemment offerte par la disposition des parties du fœtus ».

Il doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire [28].

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle la plupart des auteurs estiment la présentation du siège justiciable d'une intervention obstétricale.

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



- En 1938, Bracht réagit devant cette attitude et préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion. Il présente sa manœuvre comme une réaction contre « le nombre et la précocité des interventions » tenus pour responsables du taux élevé de la mortalité fœtale au cours des présentations du siège.
- En 1948, les auteurs Nancéens Vermelin et Ribon défendent une abstention encore plus absolue.

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

En 1959, R C Wright aux USA présente la césarienne systématique comme le moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatale.

En 1975, Kubli en Allemagne soutient que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose survenant lors de l'expulsion par voie basse. Il prit soin de préciser le manque de données sur l'acidose fœtale et les séquelles chez l'enfant.

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

En 1980, on retrouve les défenseurs de la voie basse :

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

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

En 1968, Dodmer et coll font une étude sur les sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas la condition des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhées ou moins.

Le débat instauré au fil des années entre les partisans de la voie haute systématique et ceux s'y opposant prend actuellement une acuité particulière par suite de l'augmentation continue du taux global de la césarienne en obstétrique.

Savoir où est la vérité pour décider si on doit lutter contre l'inflation du taux de césarienne ou contre son utilisation systématique, n'est pas totalement dépourvu d'intérêt.

### 2-2- Fréquence

La présentation du siège est moins fréquente que celle du sommet mais plus fréquente que celles de la face et de l'épaule. Sa fréquence diminue au fur et à mesure que la grossesse s'approche du terme.

*La fréquence globale est de 3 à 4% [61]. Avant tout début de travail, les sièges complet et décompleté sont de fréquences sensiblement égales ; mais beaucoup de siège se décomplètent au cours de l'accouchement [15]. Le siège décompleté mode des fesses représente les 2/3 des cas. Il domine chez la primipare, reste plus fréquent chez la multipare.*

### 2-3- Etiologie

Dans la présentation du siège, la loi d'accommodation de Pajot « adaptation du contenu au contenant » est prise à défaut [2].

Classiquement, on expliquait la présentation du siège de la manière suivante : d'ordinaire, la cavité utérine devient piriforme en raison de la formation du segment inférieur et la partie la plus vaste de l'utérus est le fond dont la paroi possède une certaine tonicité et une certaine contractilité. Le fœtus qui lui-même animé de mouvements s'y accommode en plaçant dans le fond utérin son extrémité la plus volumineuse. Au début du 3<sup>ème</sup> trimestre c'est souvent le pôle céphalique, puis à mesure que la grossesse avance c'est le siège qui le devient.

Le fœtus exécute alors une mutation physiologique et transforme sa présentation pelvienne en céphalique.

Cette théorie permet de comprendre la fréquence des sièges au cours des accouchements prématurés [29]. Cette présentation peut persister jusqu'au terme. Pour que le siège se place en bas, il faut, si le fœtus est bien constitué, une anomalie primitive ou acquise de la forme de la cavité utérine, ou un excès de liquide suffisant pour rendre précaire l'adaptation du fœtus à son contenant. En somme, la présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation [61]. Trois ordres de conditions disposent à ce

défaut d'accommodation : l'anomalie de forme et de trophicité de l'utérus de certaines primipares, un élément surajouté qui inverse le rapport de volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus (volume entre le fond et la partie inférieure de l'utérus (volumineux fibrome sous muqueux du fond utérin, volumineux placenta du fond utérin), ou empêche l'accommodation de la tête au détroit supérieur (hydramnios) avec impossibilité pour le fœtus de répondre à son action.

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

**Causes maternelles** : elles sont congénitales ou acquises

**Causes congénitales** : *l'hypoplasie utérine avec cavité cylindrique et hypertonique s'oppose à la mutation physiologique. Elle favorise le siège décomplété ou mode des fesses [29].*

Certaines malformations utérines (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) modifiant les axes intra-utérins sont responsables des présentations podaliques récidivantes dont la fréquence atteint 8%. La pratique de l'échographie dans le post-partum immédiat devrait permettre de les relever[17].

**Causes acquises** : l'utérus de la multipare, fibreux, hypotonique, trop vaste ne pouvant plus agir sur le mobile fœtal, favorise la présentation podalique. Le trouble de l'accommodation est dû au relâchement des parois utérines. Dans une cavité vaste et complaisante, toutes les accommodations sont possibles.

L'hypotrophie utérine de la primipare : certains utérus de primipare sont mal étoffés ou mal constitués, d'autres sont étroits et cylindriques, le fond n'est pas plus large que le bas et leur paroi manque de souplesse. Cette hypotrophie utérine se corrige très souvent après le premier accouchement. Si non on peut observer, comme dans les malformations des présentations podaliques récidivantes [61].

La primipare âgée qui a une hypertonie utérine est une candidate au siège décomplété.

Les tumeurs intrinsèques (fibromes du fond utérin) qui déforment la cavité utérine altèrent la qualité physique et les valeurs fonctionnelles du myomètre favorisant ainsi la présentation du siège.

Les tumeurs extrinsèques (kyste de l'ovaire, fibromes pédiculés sous séreux) sont également citées.

Le rétrécissement pelvien dont l'influence est théoriquement possible, quoique peu importante en pratique, pourrait agir en gênant l'accommodation céphalique normale [15].

*Causes ovulaires* : elles sont dues aux anomalies des éléments constituant l'œuf et qui sont : le liquide amniotique, le cordon ombilical, le placenta.

### **Les anomalies du liquide amniotique**

***L'insuffisance ou l'excès du liquide amniotique peut intervenir directement. Mais il faut toujours rechercher s'ils ne sont pas le fait d'une malformation fœtale (oligoamnios du syndrome de Potter, hydramnios de la trisomie [37].***

L'hydramnios agit en gênant toute accommodation [61]. L'oligoamnios s'oppose à la culbute physiologique du fœtus [2].

**La brièveté du cordon** : elle est essentielle ou secondaire à des circulaires ou bretelles. Caractéristique propre de la présentation du siège par rapport au sommet, elle peut empêcher les mouvements fœtaux et la fréquente mutation du septième mois de la grossesse.

**Le placenta bas inséré** : il peut constituer un obstacle à la loi d'accommodation.

*Causes fœtales* : elles regroupent la dolichocéphalie primitive ; hyper-extension de la tête dernière et surtout les malformations congénitales.

La fréquence globale de ces anomalies pour l'ensemble des naissances apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège [15].

Elles affectent soit la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeur...) soit son activité (spina-bifida, myéломéningocèle, arthrogrypose, trisomie 13 et 18, luxation congénitale des hanches beaucoup plus fréquente).

Les hydroencéphalies dont la tête est plus volumineuse que l'extrémité pelvienne, se présentent souvent par le siège conformément à la loi d'accommodation.

La modalité de la présentation est dans tous les cas soit le siège complet, soit le siège décomplété [61].

Cette fréquence de malformation mérite d'être soulignée car elle a un intérêt théorique et pratique. Les auteurs surtout américains considérant cette fréquence et celle des morts in utero, suggèrent que dans nombre de présentations du siège, le fœtus serait de « moindre qualité » [2]. Ceci entraînerait une diminution de l'activité fœtale, cause de l'absence de mutation spontanée et de la brièveté funiculaire par rapport aux présentations du sommet et pourrait expliquer les séquelles mineures décrites chez les enfants nés par le siège, quel qu'ait été le mode d'accouchement [17].

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

- le poids fœtal inférieur de 12% par rapport aux fœtus en présentation du sommet ;
- la position du fœtus est un facteur prédictif des lésions neurologiques anténatales sévères ;
- les déficits en GH (hormone de croissance) idiopathique significativement associés à la notion d'un antécédent de présentation pelvienne et pouvant avoir une origine constitutionnelle anténatale [37, 41].

Hyper-extension de la tête dernière : elle est une des conséquences de la présentation et fait alors obstacle à toute version spontanée ou provoquée maintenant le fœtus dans une attitude défavorable. Elle résulte d'une hyperlordose de la colonne cervicale telle que la face regarde vers le haut et que la nuque vient au contact du dos.

Elle fut au début 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.

Le risque que cette attitude fait courir au fœtus est considérable en cas de l'accouchement par les voies naturelles puisqu'il semble que, ce sont les contractions utérines du travail qui accentuent l'hyper-extension et causent des lésions médullaires qui sont surtout représentées par des sections médullaires complètes ou incomplètes, les hémorragies cérébro-méningées et les décès par asphyxie. Aucune lésion grave n'est signalée dans les accouchements par voie haute.

A côté de ce risque considérable pour le fœtus en cas d'accouchement par voie basse, des lésions pouvant se constituer in utero (élongation médullaire, fractures vertébrales) ont été observées chez les enfants nés par césarienne[15].

WEST GREEN considère que toute déflexion dépassant la « Military attitude» risque d'être dangereuse mais préconise qu'avant d'intervenir qu'on s'assure par un double contrôle que cette malposition est permanente et ne peut que s'accroître au cours du travail.

Les grossesses multiples compromettent la mutation physiologique car les fœtus s'adaptent l'un à l'autre plus qu'à la cavité utérine.

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 une cause précise.

La présentation résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation.

### **3- DIAGNOSTIC**

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

L'échographie systématique faite vers la 32<sup>ème</sup> semaine de la grossesse permettra mieux que la clinique d'avoir le diagnostic précis. Le diagnostic doit être fait au troisième trimestre avant tout début de travail pour permettre de réunir tous les éléments nécessaires à l'évaluation du pronostic et du choix de la voie d'accouchement.

### 3-1- Diagnostic pendant la grossesse

#### 3-1-1- Signes cliniques

L'interrogatoire : il peut révéler l'existence d'une douleur ou une gêne sous-costale, expression de la compression de la paroi abdomino-thoracique par le pôle céphalique du fœtus à travers le fond utérin. Il peut révéler chez la multipare la notion d'un accouchement précédant par le siège [61].

**L'inspection** : montre que l'utérus est à développement longitudinal. Parfois chez la primipare, on remarque sa forme étroite et cylindrique ou son aspect cordiforme du fond.

**La palpation** : elle doit toujours être exécutée avec attention car elle constitue le geste essentiel pour le diagnostic.

***Au dessus du détroit supérieur, le siège lorsqu'il est complet est reconnu par le palper à ses caractères habituels de masse volumineuse, irrégulière et ferme sans être dure, non ballotante, non surmontée d'un sillon. Mais lorsqu'il est décompleté, il est plus rond, moins accessible, moins volumineux.***

Au fond utérin, on trouve un pôle dur, régulier, arrondi, qui ballote d'une main à l'autre et correspondant au pôle céphalique.

La palpation révèle entre le dos (plan convexe, uniforme et régulier) et le pôle céphalique une dépression : sillon du cou, signe le plus sûr de reconnaissance. Parfois « deux dos » sont perçus, après élimination d'une grossesse gémellaire, le deuxième dos correspond en fait aux membres en extension dans le siège décompleté [61].

**L'auscultation** : elle met en évidence un foyer maximal des bruits du cœur du fœtus en dehors de l'ombilic et un peu au dessus de lui, dans la région périombilicale [17]. Cette position haute tient au défaut d'engagement de la présentation.

**Le toucher vaginal** : il fournit au cours de la grossesse des renseignements assez imprécis du fait que l'excavation est fréquemment vide, surtout en cas de siège complet.

Quand il s'agit d'un siège décompleté engagé ou en voie d'engagement, la confusion est facile avec le pôle céphalique à moins qu'on ait déjà été orienté

[15, 17]. Le diagnostic clinique au cours de la grossesse n'est donc pas évident d'autant que tous les signes peuvent être mis en défaut [15].

De ce fait on aurait tort de penser, en effet que le diagnostic de la présentation de siège est toujours facile.

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

L'échographie pratiquée au moindre doute montrera que la présentation céphalique haute diagnostiquée cliniquement est en réalité un siège décomplété. L'exploration du bassin complétée par la radiopelvimétrie prend une importance toute particulière.

### **3-1-2- Signes radiologiques**

La radiographie du contenu utérin, ou l'échographie permet de faire ou de confirmer le diagnostic. Cette dernière a l'avantage d'aider à l'estimation du poids fœtal [61].

### **3-2- Diagnostic pendant le travail**

Ce diagnostic repose principalement sur les données du toucher vaginal.

#### **3-2-1- Diagnostic avant la rupture des membranes**

Il faut être prudent avec la poche des eaux intacte qui est un élément important dans la dilatation cervicale et dont on évitera la rupture avant 8cm de la dilatation. Il est possible de percevoir dans l'intervalle des contractions :

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

#### **3-2-2- Diagnostic après la rupture des membranes :**



Le diagnostic est plus facile, précisant également le mode et la variété de position [15].

On perçoit une masse molle séparée en deux par le sillon inter-fessier centré par un orifice : l'anus

A l'une des extrémités du sillon, il est facile de percevoir la saillie osseuse du coccyx et de la pyramide sacrée reconnaissable par ses saillies osseuses en chapelet dont la situation détermine la variété de la position. Le coccyx constitue le repère de la présentation. Au contraire, à l'extrémité opposée on peut percevoir les organes génitaux et des pieds en cas le siège complet situé entre le siège et la paroi pelvienne.

Dans le siège décompleté mode de fesse, les doigts vaginaux suivent deux masses molles, plus nettes ayant plus ou moins pénétré dans le pelvis, séparées par un sillon : le pli inter-fessier [15].

En cours de travail la déflexion de la tête fœtale indiquant une césarienne, ne peut être mise en évidence que par la radiographie [61].

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

- une présentation du sommet déformé par une volumineuse bosse sérosanguine,
- une présentation face surtout lorsqu'elle est fortement tuméfiée,
- une anencéphalie.

On peut faire recours à l'échographie ou à la radiographie, même pendant le travail lorsque les conditions le permettent [61].

Pour la précision de la variété de position, le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli inter-fessier [41]. Seule la variété de position initiale est prise comme repère suivant le diamètre oblique du détroit supérieur dans lequel le siège s'engage ; quatre variétés sont ainsi décrites :

- les variétés antérieures :
  - . sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA),
  - . sacro-iliaque droite antérieure (SIDA),
- les 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.

#### **4- ACCOUCHEMENT**

##### **4-1- Phénomènes mécaniques**

Alors que, dans la présentation céphalique, l'accouchement se résume à celui de la tête, trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège [61] : celui du siège, celui des épaules, celui de la tête dernière.

Le volume de ces trois segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va croissant. Chacun a son mécanisme, ses difficultés et comprend, l'engagement, la descente et la rotation, le dégagement.

Une autre particularité de la présentation du siège décomplété est que l'enroulement du fœtus peut être gêné par les membres inférieurs relevés en attelles.

Enfin la tête n'est pas encore engagée alors que le siège est déjà hors des voies génitales. Le risque est donc à la tête dernière donc la compatibilité avec le bassin doit être correctement estimé sous peine d'une dystocie qui n'est pas toujours réductible par les manœuvres même bien conduites. L'accouchement par le siège est un accouchement à haut risque mais donne souvent l'impression d'une grande facilité due au fait que les trois obstacles potentiels (le siège, les épaules et la tête) traversent dans ce sens très facilement le bassin à condition de constituer un mobile solidaire en flexion, menton sur le thorax, tête enfoncée contre les épaules, membres fléchis sur le tronc lui-même en cyphose [28].

##### **4-2- L'accouchement du siège :**

- Engagement : il est précédé d'une rotation 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 [15]. Ce diamètre bitrochantérien est suffisamment petit pour n'avoir pas besoin de s'amoinrir. Le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement, toujours

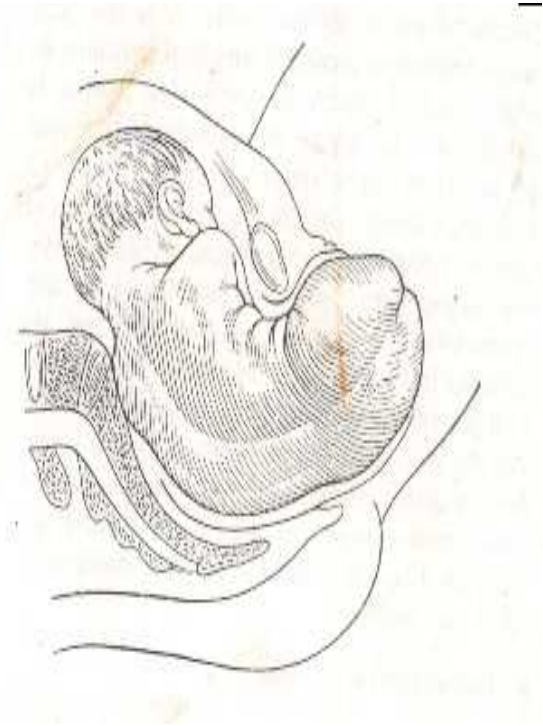
facile et précoce dans le siège décomplété est plus laborieux dans le siège complet [61].

- Descente et rotation : dans l'excavation, la rotation du siège qui s'effectue en spirale en même temps que la descente ou seulement après elle sur le périnée, n'est jamais que d'un huitième de cercle. La rotation amène le diamètre bitrochanterien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur [28, 55]. S'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure, la rotation se fait en arrière ; s'il s'agit d'une sacro-iliaque postérieure la rotation se fait en avant. De toute façon, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin. La descente se prolonge jusqu'à ce que la hanche antérieure se cale sous la symphyse [17].
- Dégagement : la hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur jusqu'à ce qu'elle ait franchi la commissure vulvaire [61]. Ce mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne qui amène le dos franchement en avant se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres soient libérés. Ce mouvement est facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est plus difficile dans le siège décomplété voire spectaculaire car les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc empêchent l'incurvation latérale.
- Le siège décomplété se dégage, en pointant vers le haut comme un monolithe. Parfois le siège continu sa descente selon l'axe ombilico-coccygien, bute contre le périnée postérieur et n'arrive à se dégager qu'au prix d'une épisiotomie.

**Figure 3 et 4 : Mécanismes de l'accouchement dans le siège [61]**



**Figure 3**



**Figure 4**

#### **4-3- 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 le même que celui qu'a emprunté le bitrochantérien celui-ci ayant fait hors la vulve après son accouchement un mouvement de restitution en arrière. Soit dans l'oblique opposé, lorsqu'il s'agissait d'une sacro-iliaque postérieure, le fœtus continuant son mouvement en spire qui amènera le dos en avant.
- Descente et rotation : elles sont simultanées ou successives. La rotation amène le bi-acromial dans le diamètre transverse successivement comme une sorte d'asynclitisme, les bras tombant l'un après l'autre hors de la vulve, pendant que le dos est orienté en avant[61].

#### **4-4- Accouchement de la tête dernière**

- Engagement : il est précédé d'une rotation 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 occypito-frontal (11 cm). Cet engagement se fait en même temps que la descente et le dégagement des épaules avec l'occiput en avant. En revanche la rapidité du mouvement ne permet aucun modelage [17].
- Descente et rotation : dans l'excavation elle descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place sous la symphyse pubienne.
- Dégagement : le sous occiput prend point d'appui sous la symphyse. La tête se fléchit progressivement, la face, le front, le crâne se dégagent successivement dans la commissure postérieure.

## **5- PHENOMENES PLASTIQUES ET DYNAMIQUES**

### **5-1- Phénomènes plastiques**

Ces phénomènes sont marqués chez les enfants nés par le siège par :

- la bosse sérosanguine qui siège sur le talon (siège complet), les fesses, les organes génitaux ;
- l'aplatissement de la voûte crânienne qui confère un aspect dolicocéphale transitoire ;
- l'atrophie osseuse, musculaire ou ligamentaire qui est plus grave, va persister et entraîner des séquelles nécessitant des traitements. Ces lésions atrophiques sont entre autre :
  - . l'atrophie de l'angle maxillaire inférieur plus fréquente, qu'accompagne souvent un torticolis congénital ou même une paralysie faciale homolatérale due à l'attitude inclinée de la tête sur l'épaule correspondante ;
  - . l'aplasie de l'un des deux cotyles de l'articulation cocxo-fémorale due à l'attitude prolongée en hyperflexion des cuisses sur le bassin dans le siège décomplété, qui entraîne une dysplasie prédisposant à la luxation congénitale de la hanche ;
  - . l'atrophie rétractile musculo-ligamentaire aboutissant au pied-bot varus d'équin. Ces déformations 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.

### **5-2- Phénomènes dynamiques**

Contrairement à certaines opinions classiques, ils n'ont de particularité que chez la primipare, chez qui à l'hypotrophie anatomique lorsqu'elle existe, s'ajoutent des anomalies de la contraction utérine sous forme de dystocie de Demélin .

La dilatation se fait aussi rapidement et régulièrement que dans la présentation du sommet [41, 55].

Les anomalies de la dilatation du col marquant parfois un temps d'arrêt prolongé vers 6 cm. Mais en règle la lenteur de sa dilation ne doit pas être

considérée comme une conséquence normale de la présentation du siège. Elle est l'expression soit d'une dystocie dynamique qu'il faut corriger, soit d'une dystocie mécanique qu'il importe de préciser [41].

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. Dans le siège complet on observe un début de travail qui traîne jusqu'à ce que la présentation prenne un contact suffisant avec le segment inférieur [15].

La progression est parfois arrêtée dans l'excavation.

L'anomalie la plus importante au cours de l'accouchement des épaules est le relèvement des bras du fœtus. Lorsque le dos, au lieu de tourner en avant, tourne en arrière, le plus souvent le menton s'accroche au bord supérieur de la symphyse, la tête se défléchit, une dystocie se constitue rendant en général impossible l'accouchement de la tête dernière. A cette importante et grave variété de rétention de la tête dernière il faut ajouter deux autres [28] : la rétention de la tête dans l'excavation, variété relativement moins grave et facile à traiter ; la rétention de la tête dernière au détroit supérieur qui est au contraire de la plus haute gravité où les risques sont ici plus réels pour le fœtus. Elle est liée à une disproportion foeto-pelvienne soit par excès de volume foetal, soit par rétrécissement pelvien méconnu. La pratique systématique de la radiopelvimétrie et la mesure échographique du diamètre bipariétal devrait éviter désormais cette redoutable complication.

## **6- PARTICULARITE PHYSIOLOGIQUE**

Dans la présentation du siège, la façon dont sont disposés le corps et les annexes du fœtus favorise les perturbations au niveau de la circulation foeto-placentaire. Les circulaires, les bretelles ainsi que les procidences du cordon, les ruptures prématurées des membranes sont rencontrés avec une grande fréquence.

Lacomme avait souligné que « dès que l'ombilic est engagé dans le vagin ou à la vulve, le cordon est comprimé et les échanges foeto-placentaires sont réduits sinon interrompus ». Mais les enregistrements continus du rythme cardiaque foetal ont mis en évidence les faits très importants :

- l'existence constante au cours de l'expulsion d'une bradycardie et d'un rythme parfois plat qui débutent au plus tard lors de l'expulsion du siège et se poursuivent jusqu'à ce que le nouveau-né ait fait sa première inspiration [17] ;
- la possibilité d'anomalie de la dilatation sans cause apparente qui serait même si fréquente que l'on compare l'accouchement du siège à une latérocidence du cordon.

L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal s'avère donc indispensable pendant toute la durée de l'accouchement car c'est le meilleur moyen de surveiller l'état du fœtus et de dépister des anoxies pouvant survenir surtout à la phase d'expulsion.

Ce sont ces troubles associés qui conditionnent le pronostic autant que la présentation du siège elle-même [61].

## **7- ANOMALIES DE L'ACCOUCHEMENT**

Lorsqu'aucun accouchement n'est sans risque en général, celui par le siège est l'un des plus pourvoyeurs d'anomalies. Ces anomalies même banales, revêtent une particulière importance car elles n'ont que trop tendance à se développer comme des réactions en chaîne jusqu'aux plus graves complications [17].

### **7-1- La rupture prématurée des membranes**

Elle est deux fois plus fréquente que dans la présentation céphalique notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences des membres et/ou du cordon, et est souvent associée à des anomalies de la dilatation. Ses conséquences sont parfois fâcheuses puisque Lacomme en 1956 voyait dans ce cas doublée la mortalité périnatale.

### **7-2- Dystocie dynamique**

Qu'il s'agisse d'anomalie 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 la rétention de la tête dernière.



### **7-3- Procidence du cordon**

Elle est beaucoup plus fréquente surtout dans les sièges complets, chez la primipare, en cas d'accouchement prématuré, mais serrait d'un meilleur pronostic que dans les présentations céphaliques. Cette moindre nocivité qui était une notion classique « la compression funiculaire y était plus rare » est plus contestée par deux remarques :

- le siège décomplété mode de fesse est aussi dangereux que le sommet ;
- et même dans le siège complet la bénignité n'est que relative puisque le pronostic est inversement proportionnel au temps écoulé entre sa survenue et la fin du travail.

Quoiqu'il en soit la procidence du cordon exige une solution rapide et le fait qu'elle soit un peu mieux tolérée permet le temps d'apporter un traitement adéquat [12].

### **7-4- Anomalies mécaniques pendant l'expulsion**

Dans ces anomalies, peuvent être observées : retard à l'engagement du siège, descente laborieuse, rotation du dos en arrière avec risque d'accrochage du menton au dessus du pubis, relèvement d'un ou des deux bras et enfin rétention de la tête dernière.

Un bilan préalable qui élimine les bassins rétrécis, les gros fœtus et l'hyperextension primitive de la tête fœtale, de même que l'absence de toute intervention prématurée est nécessaire pour la réduction de ces anomalies[19].

L'accouchement par le siège reste cependant un accouchement qui peut réserver ce genre de surprise, même dans les cas les plus favorables et bien conduits. La possibilité de l'existence d'un « bras nuchal » ou un relèvement d'un bras en pré-partum, avec des complications comme l'atteinte du plexus brachial, fracture de la clavicule et convulsion néonatale nécessitent la réalisation d'une étude radiologique du fœtus en début du travail et d'indiquer une césarienne dès qu'on constate la malposition [17].

## **8- PRONOSTIC**

La présentation par le siège comporte un risque plus élevé de difficulté pour la mère et pour l'enfant, risque de morbidité et de mortalité. La plupart des auteurs s'appuyant sur des statistiques de morbidité et de mortalité considèrent la présentation du siège comme une présentation dystocique, ne présentant pas de différence significative du point de vue pronostic tant chez la primipare que chez la multipare.

D'autres au contraire trouvent bien que, moins favorable que le sommet, la présentation du siège bien surveillée et bien conduite peut rester eutocique. Pour eux c'est un abus de tomber dans l'excès de césarienne, tendance qui va jusqu'à l'outrance de la césarienne de principe.

### **8-1- Pronostic maternel**

#### **8-1-1-Morbidité**

Elle est marquée essentiellement par les lésions des parties molles dont les plus fréquentes sont : la déchirure du col, du périnée avec parfois des graves atteintes vésicales et/ou ano-rectales surtout dans les accouchements mal conduits avec des extraction brutales du fœtus. Ces déchirures sont en général prévenues dans les cas bien surveillés et bien conduits par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare.

Des complications infectieuses peuvent être favorisées par la rupture prématurée des membranes dans ce type de présentation.

#### **8-1-2-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 exige à reconsidérer les problèmes tout en sachant que, dès que l'on élargi les indications de la césarienne, et en particulier dans les cas des présentations du siège, il en résulte une augmentation secondaire inévitable pour deux raisons [55] :

- même si le bassin est parfait, l'existence d'une cicatrice utérine élèvera la fréquence des césariennes itératives ;
- l'extraction exige l'habileté manuelle et l'expérience de la part de l'obstétricien, l'expérience que les jeunes générations ne peuvent plus acquérir puisque le risque de l'échec des manœuvres n'est plus accepté.

La question subsidiaire est alors : quel est le prix à payer par la mère de cette augmentation du taux des césariennes ?

En effet il est très généralement admis maintenant, et l'expérience quotidienne le confirme, qu'un enfant extrait par césarienne d'une mère bien endormie naît dans les conditions optimales [9]. Mais il reste :

- que la mortalité maternelle, bien que très faible est trois fois supérieure après une césarienne qu'elle ne l'est après accouchement par voie basse ;
- que le risque de rupture utérine existe et mettra de nouveau la vie de la mère en danger lors d'une prochaine grossesse, ainsi que celle de son futur enfant ;
- que la taille de la famille sera limitée par l'existence même de la première cicatrice utérine.

D'autres complications morbides se trouvent greffer à la césarienne : manifestations thrombo-emboliques, infections pariétales, iléus paralytiques, péritonites, plaies vésicales et autres encore plus lointaines comme les occlusions sur brides et sans compter le coût en santé publique.

Toutes ces complications maternelles paraissent 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 de césarienne notamment dans les présentations vicieuses [17].

## **9- PRONOSTIC FOETAL**

Si aucun accouchement ne se présente « mathématiquement sans risque » ; l'accouchement en présentation du siège est particulièrement exposé.

Afin d'améliorer le pronostic fœtal, la naissance par césarienne a paru un moment une solution incontournable, d'ailleurs prônée encore récemment par certains [62].

Toutefois, au delà d'un certain seuil il semble que le bénéfice néonatal soit inexistant [62] alors qu'augmentent parallèlement la morbidité et la mortalité maternelles.

### **9-1- Mortalité**

Elle est très variable suivant les statistiques et de la façon dont elle est évaluée. La mortalité périnatale globale dans la présentation du siège représente environ 4,2% [61]. Elle est due à trois sortes d'accident :

- des morts fœtales in utero, sans causes évidentes, dix fois plus fréquentes que dans les présentations céphaliques sont possible. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de moindre qualité, dans certains cas des présentations de siège ;
- des malformations et anomalies congénitales dont la fréquence est multipliée par deux dans le siège, et qui entraîne plutôt des morts néonatales ;
- une mortalité obstétricale directement liée au déroulement et à la conduite de l'accouchement.

### **9-2- Morbidité**

Elle doit être prise d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement, car dans la mesure où la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance de sorte que certains pensent qu'il est difficile de mettre toutes les chances de son côté quand on entre dans la vie en reculant [9].

### **9-2-1- Les accidents immédiats :**

Pour les néonatalogues la complication essentielle reste l'asphyxie néonatale avec son cortège habituel [70]. Elle peut être due soit à une dystocie (relèvement des bras) soit à une hyperextension de la tête elle-même favorisée par le circulaire du cordon ou une hypertonie congénitale des muscles du cou.

L'asphyxie se définit par un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5<sup>ème</sup> minute associée à une acidose mixte métabolique et respiratoire et avec des difficultés de mise en route de la respiration et du tonus [70].

Cette asphyxie entraîne, selon sa sévérité des complications bien connues : détresse respiratoire par aspiration du liquide amniotique, persistance de la circulation fœtale dans les asphyxies sévères, encéphalopathie ischémique-anoxique néonatale. Cette dernière encéphalopathie n'a rien de spécifique, selon son degré de gravité le nouveau-né, après une réanimation intense peut présenter un état de mal convulsif ou des signes de dépression du système nerveux central et un œdème cérébral.

La mort néonatale comme la guérison totale ou des séquelles neuromotrices sévères sont possibles.

Un traumatisme vrai peut exister à l'état pur ou plus souvent associé à l'anoxie.

On recherchera soigneusement une paralysie du plexus brachial, une fracture de la clavicule, une luxation de la hanche, une fracture du crâne et la fréquente hématome sous durale liée particulièrement aux manœuvres faites sur la tête dernière.

### **9-2-2- Devenir des enfants à long terme :**

Peu d'études ont été publiées sur l'évolution à long terme des enfants nés par présentation du siège [8]. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes chez ces enfants surtout d'âge scolaire sont essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire dont certains pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut-être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie fœtale qu'une cause [15]. L'avenir neurologique et l'encéphalopathie ischémique anoxique sont corréliées à la gravité de la

souffrance néonatale. Les grandes lignes sont très schématiquement les suivantes :

- en cas d'état de mal convulsif, les séquelles sévères seront observées dans 40% des cas sous des formes cliniques variées mais le plus souvent sous forme de multiples handicaps sévères (infirmité motrice cérébrale, débilité mentale, comitialité, déficit sensoriel, troubles du comportement) ;
- dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront suivant la première année, le quotient développement évalué sera médiocre à deux ans, un handicap moteur léger et des difficultés d'apprentissage marqueront la période scolaire. L'incidence de ces séquelles se situe entre 20 et 30% des cas mais la normalisation complète est très fréquente ;
- dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée.

La fréquence de ces séquelles justifie t-elle la césarienne systématique ?

A cette question les études sont très contradictoires. Quoiqu'il en soit, la lecture de la littérature montre en évidence que la mortalité et la morbidité maternelles sont majorées par la voie haute.

Pour l'enfant il semble bien que l'augmentation des césariennes au delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes si les sièges acceptés par la voie basse sont bien choisis les risques ne seront pas majorés [61].

### **9-3- Eléments de pronostic**

Bien que différemment appréciés, les éléments du pronostic doivent être établis avant le début de la période d'expulsion.

En effet, toutes les manœuvres obstétricales même celles qui paraissent les plus simples à exécuter sont loin d'apporter d'aussi bons résultats que l'accouchement spontané ou l'opération césarienne.

Pour cette raison l'étude des éléments du pronostic avant et pendant la grossesse, avant et pendant l'expulsion vise à mieux apprécier le risque fœtal

et qui conduirait dans l'idéal, à ne plus retenir que l'accouchement spontané et la césarienne.

Il est habituel de classer les paramètres selon qu'ils existent avant la grossesse ou qu'ils apparaissent au cours de la grossesse, du travail ou de l'expulsion.

### **9-3-1- Eléments existants avant la grossesse**

#### **- La parité**

Chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet.

Chez la primipare, au contraire, le pronostic foetal comporte toujours une réserve [28]. Les études montrent que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée.

#### **- L'âge maternel :**

Lorsqu'elle est primipare, intervient dans l'appréciation du pronostic.

#### **- La taille**

Il est à noter que le pourcentage de césarienne est inversement proportionnel à la taille ; au contraire le nombre d'accouchements normaux est d'autant plus élevé que la taille est plus grande [16].

#### **- Cicatrices utérines**

Qu'elles soient traumatiques ou postopératoires sont un élément défavorable pour la voie basse. Elles sont pratiquement, puisqu'il s'agit d'une présentation de siège, l'indication d'une césarienne.

#### **- Les anomalies des parties molles**

Les anomalies congénitales, vulvo-vaginales ou périnéales font craindre une dystocie à la partie ultime de l'expulsion. En effet, leur souplesse conditionne la dernière partie de l'expulsion et en particulier celle de la tête dernière.

### **9-3-2- Eléments paraissant au cours de la grossesse :**

#### **- Poids et maturité du fœtus**

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le risque foetal augmente avec la prématurité et le poids de l'enfant.

Le mode d'accouchement diffère selon le poids. Plus le poids augmente, plus le nombre d'accouchement spontané diminue et le nombre d'opération césarienne augmente et ainsi que le risque maternel [16].

Le poids idéal se situe entre 2500 et 3500 g voir 3000 g, où s'observe le maximum d'accouchement spontané et le minimum d'accident [20].

Son appréciation peut se faire par :

- **la clinique** : une bonne mesure attentive de la hauteur utérine garde toute sa valeur ;
- **l'échographie** : elle apporte de meilleur renseignement par la mesure de la circonférence abdominale et surtout de diamètre bipariétal et transverse abdominal. Le macrosome se caractérise par un diamètre bipariétal supérieur ou égal à 100 mm.

#### - **Variété du siège**

Les études récentes montrent que le pronostic fœtal est meilleur en cas de siège décomplété que de siège complet.

C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le siège complet reste une indication obligatoire de la césarienne [28]. Car on y rencontre un nombre fréquent d'accident comme la rupture prématurée des membranes, les anomalies de la dilatation, ainsi que les procidences du cordon et/ou d'un pied.

#### - **La rupture prématurée des membranes (RPM)**

Le moment de la rupture des membranes a peu d'effet sur la durée du travail. Cependant plus le moment est prématuré ou précoce, plus le nombre de césarienne est élevé car les RPM sont un facteur de mauvaise dynamique cervicale ; ce qui confirme le rôle de la poche des eaux sur la dilatation.

#### - **Disproportion foeto-pelvienne**

La radiopelvimétrie, le contenu utérin, la céphalométrie ultrasonique concourent à apprécier les variations pelviennes, les gros fœtus et à évaluer la disproportion foeto-pelvienne.



### **- *L'attitude de la tête dernière***

La déflexion primitive de la tête dernière considérée généralement comme un élément de pronostic fâcheux, doit être une indication de la voie haute.

### **9-3-3- Eléments de pronostic foetal apparaissant au cours du travail**

#### **- *La dilatation***

Dans la mesure où la dilatation se fait régulièrement, il paraît évident que le pronostic n'est pas influencé. Toutefois, en cas d'anomalie dynamique l'administration d'ocytocique à dilatation complète paraît quelque fois efficace. Dans d'autres cas surtout lorsque la dilatation ne progresse pas, il faut savoir renoncer à la voie basse et décider une césarienne surtout s'il survient une souffrance foetale.

#### **- *L'expulsion***

Elle demeure la période la plus dangereuse puisqu'il s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompue, dilatation complète, siège franchement engagé.

S'il n'est pas engagé en dehors d'une disproportion foeto-pelvienne bien entendu on est en droit de tenter une épreuve d'engagement par une perfusion d'ocytocique, mais si au bout d'une demi-heure, le siège n'a pas progressé à la partie moyenne, il est encore temps de renoncer à la voie basse [3].

Le dégagement ne s'effectuant pas aussi simplement comme dans la présentation du sommet, il faut savoir attendre car en réalité le siège accomplit son complément de descente pour caler sa hanche antérieure sous la symphyse et de déprimer le périnée postérieur. Pendant toute cette phase le cardiotocographe s'avère là encore indispensable pour connaître la façon dont le fœtus supporte l'épreuve et jusqu'à quel point on peut la poursuivre.

Toute autre est la situation quand l'expulsion semble bloquée, avant que n'apparaissent la pointe des omoplates et que le dos ne soit orienté en avant ; il faut craindre une véritable complication en rapport avec un

relèvement des bras ou une rétention de la tête dernière qui exige une intervention immédiate mais réglée afin de ne pas être traumatique [17].

#### **9-3-4- Manœuvres obstétricales**

Elles doivent être considérées au point de vue pronostic, car toutes présentent, à côté de leur avantage, des risques dont il faut se rappeler quand on a encore le choix entre deux manières d'agir [19].

##### **9-3-4-1- La version par manœuvre externe (VME)**

Décrite il y a plus d'un siècle par WIGAND en 1807 à Hambourg, la version par manœuvre externe doit sa vulgarisation à TARNIER et PINARD qui la préconisent systématiquement dans la présentation du siège. Cependant, dès cette époque nombreux auteurs qui admettent son intérêt en cas de présentation transversale estiment que la version par manœuvre externe est inefficace et dangereuse en cas de présentation de siège.

La controverse était ouverte et à l'heure actuelle, l'accord n'est toujours pas fait sur l'utilité ou l'innocuité de cette manœuvre. Les auteurs comme GRANJON et HENRION, LACOMME, MAGNIN, VERMELIN trouvent son abandon illogique pour la raison que le pronostic de tout accouchement par le siège demeure incertain, que la morbidité et la mortalité fœtales restent élevées par rapport aux présentations du sommet et que le pourcentage de césarienne ne cesse de croître. Selon ces auteurs, le pronostic fœtal dans accouchement du siège garde une mauvaise réputation. Donc diminuer le nombre de présentation du siège c'est automatiquement améliorer ce pronostic.

A l'opposer pour d'autres comme BROSSET, MALINAS, MERGER et MORIN, la version par manœuvre externe ne vaut pas la peine d'être tentée. Pour eux la version facile est habituellement réaliser chez la multipare où la présentation du siège n'est pas dystocique si le volume fœtal n'est pas exagéré.

A l'opposer chez la primipare, la version qui serait utile est souvent impossible car la présentation du siège est imposée par une cause précise. Cette manœuvre devient même alors dangereuse.

- *Technique* : elle ne diffère d'un auteur à l'autre que par des détails: une fois le siège dépisté et les contre-indications éliminées, le dos est repéré cliniquement ou radiologiquement. La femme est installée en position allongée, en Trendelenburg léger, cuisses demi-fléchies, vessie vide, une injection en IM d'antispasmodique est souvent utile surtout chez la primipare. L'opérateur après avoir ausculter les bruits du cœur fœtal se place latéralement, mains chauffées, fait alors doucement sortir le siège du pelvis. Puis, la culbute fœtale est tentée dans le sens de la flexion ventrale, le siège étant poussé vers le haut, alors que la tête est abaissée et fléchie.

La femme est laissée allonger quelques minutes pendant lesquelles on vérifie le bon relâchement utérin, l'absence d'écoulement vulvaire du sang ou du liquide amniotique et le monitoring du cœur fœtal [7].

Ces contre-indications sont entre autre : bassin chirurgical, femme en travail, iso-immunisation foeto-maternelle, grossesse multiple, placenta praevia, fragilité ou souffrance fœtale, déflexion de la tête fœtale.

Pour ceux qui pensent au bénéfice apporté par la version par manœuvre externe dans la présentation du siège, il faut bien sûr rechercher à connaître le prix de ce bénéfice, c'est-à-dire les risques encourus par la mère et l'enfant.

### → **Accidents maternels**

Ils sont rares mais méritent d'être pris en compte : la mort maternelle par rupture utérine, troubles de la coagulation par afibrinogénémie et défaillance rénale aiguë.

### → **Accidents foeto-ovulaires**

La mort fœtale réalisée par l'hématome rétro-placentaire le plus souvent, la souffrance fœtale, la procidence du cordon, la rupture prématurée des membranes et les circulaires du cordon.

Aujourd'hui la version par manœuvre externe apparaît comme ayant peu d'influence sur le pronostic fœtal mais influe sur le pourcentage des césariennes. C'est le risque maternel qui est alors amélioré. Ce pronostic maternel amélioré se fait malheureusement, au prix d'un risque fœtal qui

serait diminué si la date de la version se situe entre 28 et 32 semaine d'aménorrhée chez la primipare et 30 à 34 semaine d'aménorrhée chez la multipare.

#### **9-3-5- Voie d'accouchement :**

Le mode d'accouchement dans la présentation du siège demeure controversé. Pour certains, s'appuyant sur des résultats d'études non randomisées, sur des expériences anecdotiques ou des considérations médico-légales, la césarienne électorale est préférable pour l'amélioration de la morbidité et de la mortalité périnatales.

Pour ces auteurs la mortalité périnatale est inversement proportionnelle au taux des césariennes [39].

A l'opposer pour d'autres, au delà de la morbidité et de la mortalité maternelles à court terme, mais aussi à long terme (risque placenta accreta ou de rupture utérine) lors des grossesses ultérieures, la césarienne n'assure pas le fœtus contre la détresse respiratoire ni contre les traumatismes. Pour eux, la multiplication des césariennes est loin d'avoir été et de pouvoir prétendre d'être le seul facteur capable de réduire la mortalité périnatale[56].

#### **9-3-5-1- Les manœuvres de dégagement**

L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleure solution, mais à condition qu'il ne se prolonge pas jusqu'à provoquer l'anoxie. Or l'expérience montre que près d'une fois sur deux il faut plus ou moins intervenir : ce n'est pas un choix mais une nécessité [15].

Le risque est alors de voir succéder à un abstentionnisme trop passif, un activisme désordonné. C'est la raison pour laquelle on observe actuellement un retour non à des extractions proprement dites, mais à des gestes d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière.

Quant à la valeur des interventions, toute hiérarchie paraît illusoire. Toutes les manœuvres même celle de Bracht, s'accompagnent d'une morbidité et d'une mortalité qui varient notablement d'un auteur à l'autre. Le forceps représente pour certains un moyen redoutable et pour d'autres la meilleure

façon d'aider à l'accouchement de la tête dernière. C'est ici qu'interviennent, en premier lieu l'expérience, le jugement et l'habileté de l'accoucheur ainsi que la qualité de toute l'équipe obstétricale [11].

### **9-3-5-2- L'accoucheur**

Plus que dans les autres présentations, le pronostic dépend en partie de l'accoucheur. Pour bien conduire un accouchement par le siège, il faut connaître l'obstétrique classique qui est un art dont l'apprentissage n'est envisageable que par un accompagnement rigoureux et par la transmission de la gestuelle et du savoir faire par les maîtres de l'art.

On ne devrait accepter une voie basse dans la présentation du siège que lorsque celui-ci remplit les pré-requis, mais également et surtout uniquement si l'obstétricien connaît et sait faire toutes les manœuvres permettant la cure d'une dystocie.

### **9-3-5-3- Le bilan d'orientation**

Ce bilan doit tenir compte des différents facteurs envisagés au chapitre des éléments de pronostic maternel et fœtal.

Il impose donc la pratique de certains examens complémentaires :

- l'échographie : son intérêt est multiple.

Elle confirme la présentation du siège ou le diagnostic notamment lors des présentations dites hautes et mobiles.

Elle permet l'étude de la biométrie fœtale. Elle recherche les malformations fœtales, elle précise l'insertion du placenta.

- La radiopelvimétrie : elle permet d'explorer le bassin osseux dans sa forme et ses dimensions. Elle permet de prévenir les dystocies osseuses.
- Le contenu utérin : précise le mode présentation et l'attitude de la tête fœtale.

## **10- CONDUITE A TENIR**

La présentation du siège, quelle que soit son étiologie ou sa variété (siège complet ou décompleté) jouit d'une mauvaise réputation méritée :

- sa morbidité fœtale (paralysie du plexus brachial, fractures diverses, séquelles d'anoxie fœtale) est nettement supérieure à la moyenne ;
- sa morbidité maternelle est également élevée (les interventions, les déchirures du col et du périnée y sont plus fréquentes et plus sévères) ;
- enfin et surtout sa mortalité périnatale atteint encore un taux voisin de 8 à 10%.

Il s'agit d'un bilan trop lourd pour être accepté, pour cela la conduite visant un accouchement atraumatique et sans mauvaise surprise engage la responsabilité de l'accoucheur à tous les stades :

- pendant la grossesse ;
- pendant la dilatation ;
- pendant l'expulsion.

### **10-1- Pendant la grossesse**

Il est vain de revenir sur l'intérêt primordial du dépistage de toute présentation du siège. Même redressée au cours du travail, l'erreur du diagnostic ne crée pas seulement une désagréable surprise ; elle est de lourde conséquence car elle rend impossible deux démarches essentielles :

- la tentative de version par manœuvre externe pratiquée jusqu'au cours du 9<sup>ème</sup> mois chez la multipare et au milieu du 8<sup>ème</sup> mois chez la primigeste, indiquée dans tous les cas où l'enfant est unique et vivant comporte moins de risque même sans inconvénient selon beaucoup d'auteurs par rapport à l'accouchement du siège. Reçue ou non, la version par manœuvre externe ne dispense jamais de la deuxième démarche (la détermination d'un pronostic mécanique).
- Le pronostic obstétrical : il repose sur un principe rigoureux :
  - . exclure formellement la voie basse devant tout rétrécissement pelvien même discret. Il impose donc une étude minutieuse du bassin osseux, le plus souvent nécessitant la pratique systématique d'une radiopelvimétrie

complète. Toute tolérance à ce domaine est inacceptable. On ne tiendra pas compte de la multiparité qui n'est pas une eutocie pelvienne.

. faire un bilan foetal pour déterminer le volume du fœtus et l'attitude de la tête dernière par l'échographie et le contenu utérin.

. d'autres considérations pourront également intervenir en faveur de la voie haute : il s'agit essentiellement la primiparité âgée, le caractère précieux de l'enfant, la résistance des parties molles, la grossesse prolongée, la rupture prématurée des membranes.

Observer ces principes c'est pouvoir aborder avec sérénité l'accouchement proprement dit.

En effet, l'expérience doit être de règle. Elle sera poussée au maximum tant à la période de dilatation qu'à la période d'expulsion.

### **10-2- Pendant la dilatation**

On aura toujours en mémoire le mot de RIVIERRE et CHASTRUSSE « L'expulsion voudra ce que vaut la contraction utérine » [39].

Cette période constitue une véritable épreuve utérine. Sa surveillance sera d'autant plus facile et exacte que l'on disposera d'un enregistrement continu des contractions utérines.

Si l'on respecte le plus longtemps possible la poche des eaux, la dilatation ne devra être, contrairement à l'opinion classique guère plus longue que dans l'accouchement normal. Sa progression sera donc suivie très régulièrement. Si elle est favorable, il n'y a aucun problème. Par contre toute dystocie dynamique ou cervicale doit être dépistée et traitée très précocement, car il est hors de question de forcer un col qui aura rarement la complaisance de s'assouplir à la dernière minute au passage de la tête foetale. Souvent, en fin de dilatation, jamais avant 8 cm. On est conduit à prescrire une perfusion IV d'ocytocique. Cette pratique discutée par beaucoup d'auteurs aura souvent l'avantage de renforcer les contractions utérines insuffisantes, du fait de l'aspect de la poche des eaux ou d'un travail un peu long. Elle sera toujours prudente, de courte durée et contrôlée en permanence. Elle sera poursuivie au moment de l'expulsion.

En sommes, un siège exige une présence permanente car s'il faut savoir attendre, il faut aussi savoir changer la décision et choisir la voie haute devant :

- toute procidence du cordon précoce ;
- tout arrêt de la dilatation ;
- toute manifestation de souffrance foetale.

Peut-être n'est-il pas inutile de souligner que la souffrance foetale n'a dans ce cas qui nous intéresse, qu'une seule façon de s'exprimer : l'altération du rythme cardiaque foetal. En effet l'émission de méconium n'a pas, du moins classiquement de signification péjorative. Toute anoxie foetale même transitoire augmente fortement le risque d'inhalation amniotique et de noyade terminale même en excluant toute dystocie surajoutée. C'est assez dire l'intérêt primordial de la surveillance de la dilatation sous monitoring continu. Le respect de ces divers impératifs permettra d'aborder avec un maximum de sécurité, la période à juste titre redoutée de l'expulsion.

### **10-3- Pendant la période d'expulsion**

Le dogme de l'expectative reste intangible. Il sera d'autant plus facile à respecter que l'on aura su:

- mettre en place une perfusion IV d'ocytocique dont l'utilité n'est pratiquement pas discuté ;
- élargir le détroit inférieur en refoulant la pédale coccygienne ;
- réduire la résistance périnéale par une anesthésie péridurale ou plus simplement par une infiltration des nerfs honteux associée ou non à une épisiotomie. On sera prêt à toute éventualité que lorsqu'on disposera :
  - . d'un local bien aménagé permettant d'intervenir à tout moment ;
  - . d'un anesthésiste compétent prêt à endormir rapidement et profondément la parturiente ;
  - . d'un forceps le plus simple possible déjà muni de ces protèges-forceps.

Moyennant quoi, on aura dans la très grande majorité des cas, la satisfaction d'assister à la naissance parfaitement spontanée de l'enfant



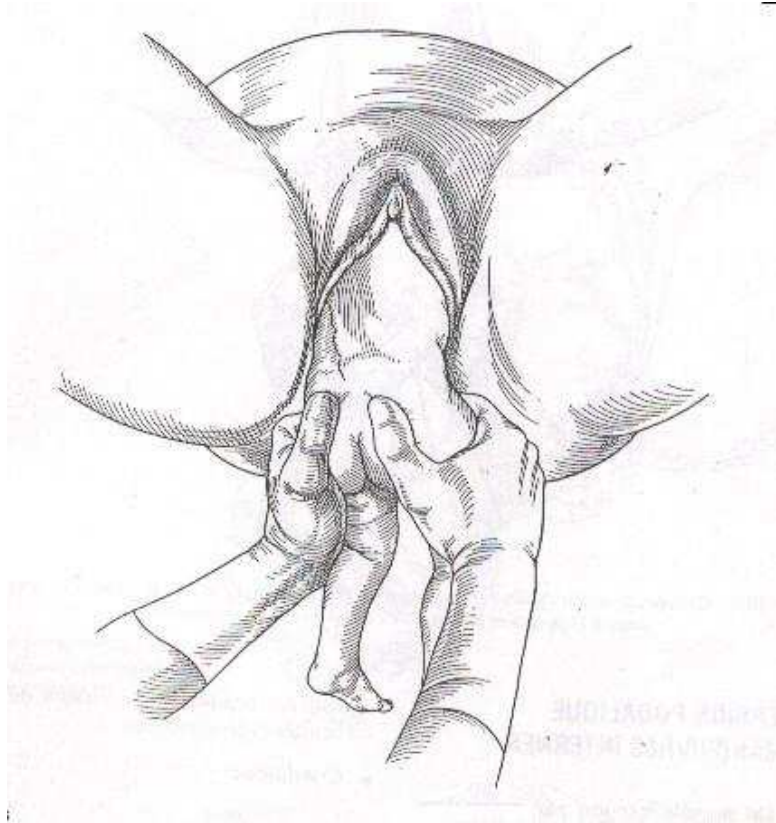
idéal. Cette passivité absolue ou manœuvre de VERMELIN « expectative armée » représente certainement l'attitude idéale pour l'enfant. Ici le rôle de l'obstétricien qualifié par HENRION de « Manchot empereur » n'a été que celui d'un observateur attentif [71].

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 l'accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne. 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[61].

La mère et parfois l'accoucheur pourront ne pas s'en accommoder. Il paraît alors licite de l'aménager de l'une ou l'autre de ces trois mini-interventions :

- l'expression utérine intermittente qui fléchit et pousse la tête au moment de son dégagement ;
- la manœuvre de Mauriceau parfois systématique pour aider à l'accouchement de la tête ;
- 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[61].

**Figure 6 : Manœuvre de Bracht [61]**



Toutes les autres manœuvres obstétricales sont foeticides et ne représentent qu'un pis allé devant une indication formelle d'intervenir ou une difficulté imprévue.

### **III- METHODOLOGIE**

#### **1- Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à Bamako. Deuxième Hôpital national, il est situé au cœur de Bamako, capitale du Mali.

On y reçoit également les patients provenant de l'intérieur du pays.

Il comprend plusieurs unités et services spécialisés :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le bureau des entrées ;
- Le réfectoire ;
- Le service des urgences chirurgicales « SUC » ;
- Le service d'anesthésie réanimation ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le laboratoire ;
- Le service de gynécologie-obstétrique ;
- Le service de l'imagerie médicale ;
- Le service d'hépatogastro-enterologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de diabétologie ;
- Le service de médecine interne ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie « ORL » ;
- Le service de traumatologie ;
- Le service de kinésithérapie ;
- Le service d'urologie ;
- Le service de chirurgie générale et infantile ;
- Le service de maintenance ;
- La morgue.

Le service de gynécologie-obstétrique comprend 44 lits d'hospitalisation, une salle d'accouchement à deux box, une salle d'attente à deux lits, une salle de réanimation du nouveau-né ;

Deux blocs opératoires dont l'un pour les interventions d'urgence et l'autre pour les interventions programmées,

Une salle de consultations d'urgence et deux salles de consultations externes.

Une salle de dépistage du cancer du col

Des bureaux et salles de garde pour le personnel du service.

Le staff médical est composé par :

- Un professeur titulaire de gynécologie-obstétrique qui est le chef de service ;
- Dix gynécologues obstétriciens dont un maître de conférence, deux maîtres assistants, un assistant chef de clinique ;
- Trois médecins en spécialisation de chirurgie ;
- Deux infirmiers diplômés d'état ;
- Vingt-sept sages-femmes ;
- Un infirmier et cinq infirmières de santé
- Trois aides de bloc opératoire ;
- Un anesthésiste de garde ;
- Quatre aides-soignantes ;
- Six techniciens de surface ;
- Dix huit étudiants faisant fonction d'interne.

Le Service fonctionne tous les jours, 24 heures/24.

Les activités commencent par :

Un staff matinal portant sur le compte rendu de la garde.

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

- un gynécologue obstétricien
- un médecin en spécialisation de chirurgie
- trois étudiants thésards en médecine faisant fonction d'interne ;
- deux sages femmes en rotation toutes les 12 heures
- deux techniciens supérieurs d'anesthésie
- un aide de bloc opératoire
- deux infirmiers de santé
- deux techniciens de surface .

## **2- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective cas témoins .

## **3- Période d'étude**

Notre étude s'est étendue sur deux ans, allant du 1<sup>er</sup> février 2002 au 31 janvier 2004.

## **4- Population d'étude**

La population d'étude est constituée par toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement pendant la période d'étude.

## **5- Echantillonnage**

La taille minimum de l'échantillon a été déterminée à partir de l'Epitable du logiciel Epi-info 6.04dfr conformément à la formule applicable dans les études cas-témoins.

- . rapport témoins/cas = 2
- . odds ratio à détecter = 4
- . proportion d'exposition chez les témoins= 5
- . risque alpha = 5%
- . puissance = 80%

Résultats

- . niveau de confiance= 75%
- . nombre de cas= 102
- . nombre de témoins= 204
- . total = 306

Augmentation de 12% de la taille de l'échantillon correspondant à 119 cas pour 338 témoins donnant un total général de 357 accouchements pour toutes l'étude.

# **Critères de l'échantillonnage**

## ***Inclusion***

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

## **Cas**

Ont été considérées comme cas, toutes les parturientes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono-fœtale à terme avec fœtus en présentation du siège.

## **Témoins**

Ont été considérées comme témoins, toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse monofoetale à terme avec fœtus en présentation du sommet.

### ***Non inclusion***

N'ont pas été inclus de notre étude :

- tout autre mode de présentation : front, face, transversale,
- les grossesses multiples,
- les malformations fœtales incompatibles avec la vie,
- les hypotrophies fœtales,
- les prématurés,
- les fœtus mort-nés macérés.

Ceci nous a conduit à ne retenir que 119 cas et 238 témoins de grossesses uniques, dont le terme était supérieur ou égal à 37 semaines et dont le poids fœtal était supérieur ou égal à 2500g.

### **Supports :**

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, compte-rendu opératoires, carnet de consultation prénatale et consignées sur une fiche d'enquête individuelle.

## **Saisie et analyse**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-Info (6.04 cfr).

Les test statistiques utilisés ont été le Chi2 avec une probabilité  $p < 0,05$ .



## IV- RESULTATS

### 1- Fréquence

Durant notre période d'étude 4351 accouchements ont eu lieu dans notre service dont 119 accouchements par le siège en cas de grossesse unique à terme soit une fréquence de 2,74%.

### 2- Résultats descriptifs

**Tableau I** : Répartition des parturientes selon l'âge

Tranche d'âge	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
14-19	20	16,81	44	18,49	0,69	0,89 (0,48-1,65)
20-25	32	26,89	78	32,77	0,11	0,68 (0,41-1,13)
26-31	35	29,41	64	26,89	0,61	1,13 (0,68-1,90)
32-37	25	21,01	39	16,39	0,28	1,36 (0,75-2,46)
38-43	6	5,04	13	5,46	0,86	1,92 (0,30-2,68)
≥44	1	0,84	0	0	-	-
Total	119	100	238	100		

Les ages extrêmes pour les cas= 15 ans et 45 ans

Les ages extrêmes pour les témoins =14 ans et 43 ans.

L'age moyen chez les cas est égal à l'âge moyen chez les témoins = 26 ans.



**Tableau II** : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Fonctionnaire	11	9,24	18	7,56	0,58	1,24 (0,53-2,90)
Ménagère	85	71,43	177	74,37	0,55	0,86 (0,51-1,45)
Elève/étudiante	15	12,61	39	16,39	0,34	0,74 (0,37-1,46)
Commerçante	5	4,20	4	1,68	0,15	2,57 (0,59-11,62)
Autres	3	2,52	0	0	-	-
Total	119	100	238	100		

**Tableau III** : Répartition des parturientes selon la résidence

Résidence	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Bamako	105	88,24	227	95,38
Hors de Bamako	14	11,76	11	4,62
Total	119	100	238	100

**Tableau IV** : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Myomectomie	0	0	2	90,09
Césarienne	13	72,22	20	90,91
Hystérorraphie	2	11,11	0	0
Plastie utérine	3	16,67	0	0
Total	18	100	22	100

**Tableau V** : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
<4	85	71,43	184	77,31	0,22	0,73 (0,43-1,25)	
4-6	28	23,53	38	15,97	0,08	1,62 (0,90-2,90)	
>6	6	5,04	16	6,72	0,53	0,74 (0,25-2,07)	
Total	119	100	238	100			

Primipare= 40 cas (33,6%), 70 témoins (29,4%)

Parité =11, 1 cas (0,8%), 2 témoins (0,8%).

**Tableau VI** : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Suivi	79	66,4	164	68,9	0,26	0,75(0,43-1,29)	
Non suivi	40	33,6	74	31,1	0,63	1,12 (0,68-1,84)	
Total	119	100	238	100			

**Tableau VII** : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Evacuée	33	27,7	28	11,8
Référée	18	15,1	5	2,1
Venue d'elle-même	68	57,2	205	86,1
Total	119	100	238	100

**Tableau VIII** : Répartition des parturientes selon leur taille

Taille (cm)	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
<150	3	2,52	2	0,84	0,20	3,05 (0,41-26,46)	
≥150	116	97,48	236	99,16	0,20	3,05 (0,41-26,46)	
Total	119	100	238	100			

Tailles extrêmes : 1,28 m et 1,86 m pour les cas et 1,29 m et 1,85 m chez les témoins.

Taille moyenne : 1,68 m pour les cas et 1,72 m chez les témoins.

**Tableau IX** : Répartition des parturientes en fonction de la fréquence des bruits du cœur du fœtus à l'admission

Bruits du cœur du fœtus	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
>160	5	4,2	4	1,7
160-120	23	78,2	224	94,1
<120	21	17,6	10	4,2
Total	119	100	238	100

NB :

- 18 cas sur 119 soit 15,13% avaient des BDCF négatifs à l'admission.
- 8 témoins sur 238 soit 3,36% avaient des BDCF négatifs à l'admission.

Tableau X : Répartition des parturientes selon l'engagement de la présentation à l'admission

Engagement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	84	70,6	183	76,9
Non	35	29,4	55	23,1
Total	119	100	238	100

Figure I : Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation du fœtus

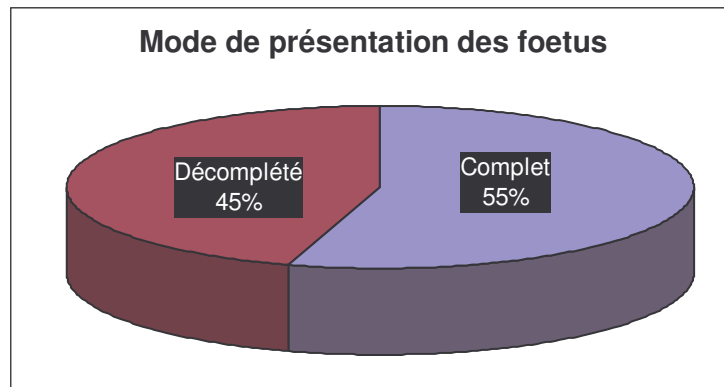
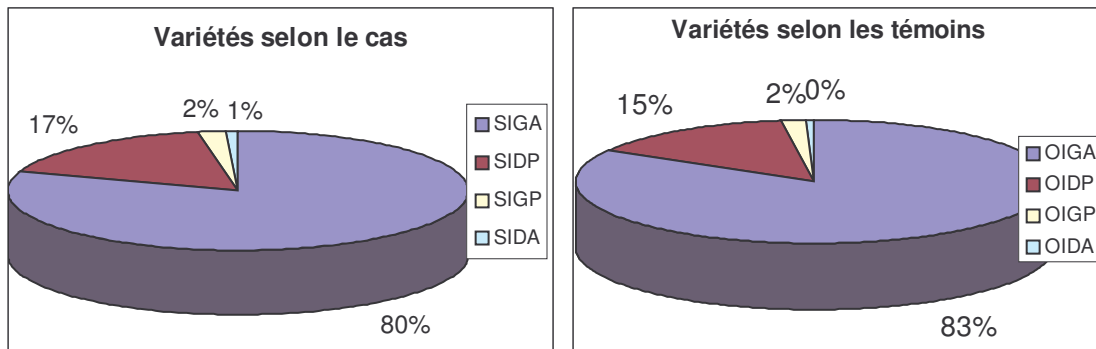


Figure II : Répartition des parturientes en fonction de la variété de la présentation



**Tableau XI :** Répartition des parturientes selon le délai de rupture des membranes à l'admission

Délai de rupture des membranes (heures)	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
≤12	31	47,69	24	39,34	0,34	1,41 (0,65-3,04)	
>12	34	52,31	37	60,66	0,34	0,71 (0,33-1,53)	
Total	65	100	61	100			

**Tableau XII :** Répartition des parturientes selon l'état du bassin osseux

Bassin osseux	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Normal	103	86,6	214	89,9	0,34	0,72 (0,35-1,50)	
Limite	10	8,4	15	6,3	0,46	1,36 (0,55-3,35)	
Généralement rétréci	5	4,2	8	3,4	0,68	1,26 (0,35-4,37)	
Asymétrique	1	0,8	1	0,4	-	-	
Total	119	100	238	100			

**Tableau XIII** : Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Césarienne	45	37,8	50	21	0,0007	2,29 (1,37-3,82)	
Voie basse	74	62,2	188	79	0,0007	0,44 (0,26-0,73)	
Total	119	100	238	100			

NB :Les cas courraient deux fois plus de risque d'accoucher par césarienne que leurs témoins.

La césarienne a été effectuée en urgence chez 31,3% des cas et 6,5% d'entre elles ont été programmées contre respectivement 9% et 12 % chez les témoins.

**Tableau XIV** : Répartition des parturientes selon la manœuvre obstétricale utilisée

Manœuvre obstétricale utilisée	Cas	
	Effectif	%
Bracht	3	37,5
Mauriceau	5	62,5
Total	8	100

NB : « expectative armée » ou Vermelin a été préconisée dans 89,2 % des accouchements par voie basse.

**Tableau XV :** Répartition des parturientes en fonction de la durée d'expulsion

Durée d'expulsion (mn)	Cas		Témoins		P	
	Effectif	%	Effectif	%		
≤45	62	83,78	182	96,81	0,0001	0,17 (0,05-0,52)
>45	12	16,22	6	3,19	0,0001	5,87 (1,94-18,55)
Total	74	100	188	100		

La durée moyenne d'expulsion 16 mn chez les cas et 12 mn chez les témoins.

**Tableau XVI :** Répartition des parturientes en fonction de la durée du travail

Durée de travail	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
<12	58	78,38	152	80,85	0,65	0,86 (0,42-1,76)	
≥12	16	21,62	36	19,15	0,65	1,16 (0,57-2,37)	
Total	74	100	188	100			

La durée moyenne de travail est de 8H pour les cas et 6H pour les témoins.

**Tableau XVII :** Répartition des parturientes en fonction des anomalies du travail d'accouchement.

Anomalies du travail d'accht	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Dystocie dynamique	18	62,07	13	86,67	0,08	0,25 (0,03-1,56)	
Dystocie mécanique	5	17,23	0	0	-	-	
Procidence du cordon	6	20,69	2	13,33	0,43	1,70 (0,25-14,31)	
Total	29	100	5	100			

NB :

4 cas de procidence du cordon battant soit 13,79%

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar des nouveau-nés à la première minute

Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	18	15,1	8	3,4	0,00005	5,12 (2,02-13,33)	
1-3	6	5,1	3	1,3	0,03	4,16 (0,91-21,40)	
4-6	23	19,3	17	7,1	0,002	2,79 (1,34-5,81)	
≥7	72	60,5	210	88,2	0,000	0,20 (0,11-0,36)	
Total	119	100	238	100			

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes en fonction de l'Apgar des nouveau-nés à la 5<sup>ème</sup> minute



Apgar 5 <sup>ème</sup> minute	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	20	16,81	8	3,36	0,000008	5,81 (2,33-14,91)	
1-3	1	0,84	0	0	-	-	
4-6	7	5,88	4	1,68	0,03	3,66 (0,94-15,20)	
≥7	91	76,47	226	94,96	0,0000002	0,17 (0,08-0,37)	
Total	119	100	238	100			

**Tableau XX :** Répartition des parturientes en fonction du poids des nouveau-nés à la naissance

Poids des nouveau-nés (g)	Cas		Témoins		P	
	Effectif	%	Effectif	%		
2500-3500	102	85,7	191	80,3	0,20	1,48 (0,78-2,83)
>3500 <4000	13	10,9	32	13,4	0,49	0,79 (0,38-1,64)
≥4000	4	3,4	15	6,3	0,24	0,52 (0,14-1,71)
Total	119	100	238	100		

Le poids moyen = 3101 g pour les cas et 3180 g pour les témoins.

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes en fonction des complications fœtales

Complications fœtales	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
SFA	28	56	20	71,4	0,17	0,51 (0,17-1,52)	
Fracture fémorale	1	2	0	0	-	-	
Mort périnatale	21	42	8	28,6	0,23	1,81 (0,60-5,52)	
Total	50	100	28	100			

19 cas de score d'Apgar =0 à la naissance soit 38% contre 8 scores d'Apgar=0 soit 28% chez les témoins.

**Tableau XXII** : Répartition des parturientes en fonction des complications maternelles

Complications maternelles	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
Déchirure du col	1	10	1	12,5		-	
Déchirure du périnée	2	20	0	0		-	
Rupture utérine	1	10	3	37,5	0,20	0,19 (0,01-3,14)	
Suppuration pariétale	6	60	4	50	0,52	1,50 (0,07-15,05)	
Total	10	100	8	100			

### 3- Résultats analytiques

**Tableau XXIII :** Répartition des parturientes en fonction de l'âge maternel et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
Tanche d'âge	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
14-19	9 (20%)	10 (20%)	11 (15%)	34 (18%)	0,07	2,78 (0,78-10,03)	
20-25	13 (29%)	14 (28%)	19 (26%)	64 (34%)	0,01	3,13 (1,14-8,61)	
26-31	13 (29%)	10 (20%)	22 (30%)	54 (29%)	0,01	3,19 (1,10-9,34)	
32-37	8 (18%)	11 (22%)	17 (23%)	28 (15%)	0,74	1,20 (0,35-4,08)	
38-43	1 (2%)	5 (10%)	5 (7%)	8 (4%)	0,34	0,32 (0,01-4,83)	
≥44	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-	-	
Total	45(100%)	50(100%)	74(100%)	188(100%)			

**Tableau XXIV :** Répartition des parturientes en fonction de la parité et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
Parité	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
<4	38 (84%)	38 (76%)	47 (64%)	146 (78%)	0,00004	3,11 (1,72-5,64)	
4-6	5 (11%)	15 (10%)	23 (31%)	33 (18%)	0,20	0,48 (0,13-1,68)	
>6	2 (4%)	7 (14%)	4 (5%)	9 (5%)	0,52	0,64 (0,06-6,36)	
Total	45 (100%)	50 (100%)	74 (100%)	188 (100%)			

La césarienne a été pratiquée chez les nullipares dans 23 cas et la voie basse dans 17 cas contre respectivement 13 et 57 chez les témoins.

**Tableau XXV :** Répartition des parturientes en fonction du bassin osseux et la voie d'accouchement

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
Bassin osseux Normal	31 (69%)	31 (62%)	73 (99%)	185 (98%)	0,001	2,53 (1,38-4,64)	
Limite	9 (20%)	13 (26%)	0 (0%)	2 (1,5%)	-		-
BGR	5 (11%)	6 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	-		-
Asymétrique	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (0,5%)	-		-
Total	45 (100%)	50 (100%)	74 (100%)	188 (100%)			

**Tableau XXVI :** Répartition des parturientes en fonction du poids de l'enfant et voie d'accouchement

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
Poids (g) 2500-3500	34 (76%)	32 (64%)	66 (89%)	169 (90%)	0,0003	2,72 (1,50-4,95)	
>3500≤4000	7 (15%)	14 (28%)	8 (11%)	14 (7%)	0,08	0,88 (0,21-3,67)	
>4000	4 (9%)	4 (8%)	0 (0%)	5 (3%)	-		-
Total	45 (100%)	50 (100%)	74 (100%)	188 (100%)			

**Tableau XXVII :** Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
0	5 (11%)	1 (2%)	13 (18%)	3 (2%)	0,10	2,23	(0,03-1,78)
1-3	1 (2%)	2 (4%)	5 (7%)	1 (0,5%)	0,22	0,10	(0,00-4,42)
4-6	16 (36%)	12 (24%)	7 (9%)	5 (50%)	0,94	0,95	(0,20-4,58)
≥7	23 (51%)	35 (70%)	49 (66%)	179 (95%)	0,000002	4,58	(2,23-9,42)
Total	45 (100%)	50 (100%)	74 (100%)	188 (100%)			

**Tableau XXVIII :** Répartition des parturientes en fonction de la voie d'accouchement et du score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

Voie accouchement	Césarienne		Voie basse		P	OR	IC
Apgar 5 <sup>ème</sup> minute	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
0	5 (11%)	1 (2%)	15 (20%)	7 (3,72%)	0,07	0,20	(0,02-1,51)
1-3	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-	-	
4-6	2 (4%)	6 (12%)	5 (7%)	2 (1%)	0,46	0,40	(0,01-9,07)
≥7	37 (82%)	47 (94%)	54 (73%)	179 (95,21%)	0,000006	0,92	(1,65-5,15)
Total	45 (100%)	50 (100%)	74 (100%)	188 (100%)			

**Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse et le niveau d'instruction**

Suivi Niveau d'instruction	Grossesse suivie		Grossesse non suivie	
	Effectif	%	Effectif	%
Non scolarisé	29	58	60	87
Primaire	2	4	6	9
Secondaire	17	34	3	4
Supérieur	2	4	0	0
Total	50	100	69	100

**Tableau XXX : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse et le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute**

Suivi Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	Grossesses suivies		Grossesses non suivies		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
0	6 (8%)	2 (1%)	12 (30%)	6 (8%)	0,52	1,50 (0,17-4,98)	
1-3	3 (4%)	2 (1%)	3 (8%)	1 (1%)	0,59	0,50 (0,01-17,57)	
4-6	15 (19%)	8 (5%)	8 (20%)	9 (12%)	0,25	2,11 (0,49-9,34)	
≥7	55 (69%)	152 (93%)	17 (42%)	58 (78%)	0,50	1,23 (0,64-2,41)	
Total	79 (100%)	164 (100%)	40 (100%)	74 (100%)			

**Tableau XXXI** : Répartition des parturientes selon le suivi de la grossesse et le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

Apgar 5 <sup>ème</sup> minute	Grossesses suivies		Grossesses non suivies		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
0	6 (8%)	2 (1%)	14 (35%)	6 (8%)	0,58	1,29 (0,15-12,60)	
1-3	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-	-	
4-6	5 (6%)	4 (2%)	2 (5%)	0 (0%)	0,38	0,00 (0,00-9,36)	
≥7	67 (85%)	158 (97%)	24 (60%)	68 (92%)	0,50	1,20 (0,67-2,15)	
Total	79 (100%)	164 (100%)	40 (100%)	74 (100%)			

**Tableau XXXII** : Répartition des parturientes en fonction des manœuvres obstétricales utilisées et le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute

Apgar 1 <sup>ère</sup> min	Manœuvres obstétricales			
	Faites	Non faites	Faites	Non faites
0	1 12,5%	9 14%		
1-3	0 0%	6 9%		
4-6	0 0%	9 14%		
≥7	7 87,5%	42 64%		
Total	8 100%	66 100%		

**Tableau XXXIII** : Répartition des parturientes en fonction des manœuvres obstétricales utilisées et le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

Manœuvres obstétricales Apgar 5 <sup>ème</sup> mn	Faites		Non faites	
	0	1	12,5%	13
1-3	0	0%	0	0%
4-6	0	0%	4	6%
≥7	7	87,5%	49	87,5%
Total	8	100%	66	100%

**Tableau XXXIV** : Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation et le score d'Apgar de nouveau-né à la 1<sup>ère</sup> minute

Présentation Score d'Apgar 1 <sup>ère</sup> minute	Siège complet		Siège décomplété		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
0	15	23	3	6	0,007	5,10 (1,27-23,73)	
1-3	4	6	2	4	0,43	1,70 (0,25-14,04)	
4-6	16	25	7	13	0,10	2,19 (0,76-6,52)	
≥7	30	46	42	77	0,0004	0,24 (0,10-0,59)	
Total	65	100	54	100			



**Tableau XXXV** : Répartition des parturientes en fonction du mode de présentation et le score d'Apgar de nouveau-né à la 5<sup>ème</sup> minute

Présentation	Siège complet		Siège décompleté		P	OR	IC
	Effectif	%	Effectif	%			
5 <sup>ème</sup> minute							
0	17	26	3	6	0,002	6,02	(1,52-27,71)
1-3	1	2	0	0	-	-	
4-6	4	6	3	6	0,60	1,11	(0,20-6,64)
≥7	43	66	48	88	0,003	0,24	(0,08-0,72)
Total	65	100	54	100			

**Tableau XXXVI** : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion et le score d'Apgar de nouveau-né à la 1<sup>ère</sup> minute

Durée expulsion	≤45		>45		P	OR	IC
	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
1 <sup>ère</sup> minute							
0	4 (6,45%)	2 (1,47%)	8 (66,67%)	5 (9,62%)	0,82	1,25	(0,11-15,13)
13	3 (4,84%)	1 (0,74%)	3 (25%)	7 (13,46%)	0,12	17,00	(0,34-281,67)
4-6	10 (16,13%)	7 (5,15%)	1 (8,33%)	12 (23,08%)	0,004	17,14	(1,57-442,11)
≥7	45 (72,58%)	126 (92,65%)	0	28 (53,85%)	0,002	-	
Total	62 (100%)	136 (100%)	12 (100%)	52 (100%)			

**Tableau XXXVII** : Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion et le score d'Apgar de nouveau-né à la 5<sup>ème</sup> minute

Durée expulsion	≤45		>45		P	OR	IC
Score d'Apgar 5 <sup>ème</sup> min	Cas	Témoins	Cas	Témoins			
0	5 (8,06%)	2 (1,47%)	10 (83,34%)	5 (9,62%)	0,61	1,25 (0,13-13,69)	
13	0	0	0	3 (5,77%)	-	-	
4-6	2 (3,23%)	1 (0,74%)	1 (8,33%)	4 (7,69%)	0,28	8,00 (0,17-17,22)	
≥7	55 (88,70%)	133 (97,79%)	1 (8,33%)	40 (76,92%)	0,0008	8,27 (1,86-51,29)	
Total	62 (100%)	136 (100%)	12 (100%)	52 (100%)			

## V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1- FREQUENCE

Nous avons enregistré pendant notre période d'étude 4351 accouchements dont 119 accouchements par le siège soit une fréquence de 2,74%.

Des taux proches aux nôtres sont relevés dans la littérature. En effet Marinho OA [34] au Nigeria, Mektit T A [49] en Ethiopie ont rapporté des taux respectifs : de 2,1% et de 2,76%.

Suzanne F [70], Dumont [21], Soutoul-Liska [67], Granzon-Henrion [30] en France, Hannah-Hannah [31] au Canada et Kutlar I [24] en Turquie ont rapporté dans leurs séries les fréquences suivantes :

- Suzanne F [70] : 2,15% ;
- Dumont [21] : 2,6% ;
- Soutoul-Liska [67] : 2,61% ;
- Granzon-Henrion [30] : 3% ;
- Hannah-Hannah [31] : 3% ;
- Kutlar I [24] : 2,4%.

'autres taux variables ont été notés dans la littérature.

Dembelé A [15] et Dicko B [17] au Mali ont rapporté respectivement 1,72% et 1,42%, Kouakou F [27] en Côte d'Ivoire trouvait 1,52%.

En Tunisie et en France des taux respectifs de 3,9% et 4% ont été rapportés par Milliez J [51] et Claris O [55].

- Janet R [22] : 7,9% ;
- Nubar J [64] : 13%.

La fréquence des accouchements par le siège est variable d'un pays à l'autre. Notre taux bas de présentation de siège s'explique par le fait que nous avons exclu les grossesses multiples et les accouchements prématurés qui sont fréquemment associés aux présentations du siège.

L'augmentation de la fréquence des accouchements par le siège dans notre série comparée à celles de Dembelé A [15], Dicko B [17] au Mali et Kouakou F [27] en Côte d'Ivoire s'explique par le fait que notre service se trouve au troisième niveau de la pyramide sanitaire ce qui fait de lui un service de

référence de dernier niveau pour la prise en charge des urgences obstétricales.

## **2- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

### **2-1- Age des parturientes**

La plupart de nos cas ont un âge compris entre 14 et 37 ans. Ils constituent 94,12% des cas (112 cas sur 119). Ce fait est noté chez les témoins 94,34%. Nous n'avons pas noté chez les cas une tranche d'âge dominante contrairement aux témoins où le fort taux est rencontré entre 20 et 25 ans ( $p=0,11$ ).

Les tranches d'âge proches de la notre ont été rapportées dans la littérature [17, 24, 25].

Nous ne pensons pas que l'âge détermine la fréquence des présentations du siège.

### **2-2- Profession**

La population féminine malienne est majoritairement composée de ménagères. Ainsi nous avons noté 71,43% de ménagères parmi les cas et 74,37% parmi les témoins ( $p=0,55$ ). La plupart des études effectuées au Mali rapportent des taux nettement élevés de ménagères. Ainsi Dembelé A [15] et Dicko B [17] en ont rapporté dans leurs études 89,7% et 91,3%. Il s'agit le plus souvent des femmes non scolarisées donc très peu enclin à comprendre les risques liés à ce type de grossesse.

### **2-3- Parité**

Les paucipares (parité inférieure à quatre (4)) ont représenté 71,43% des cas contre 77,31% pour les témoins ( $p=0,22$ ).

Les primipares étaient au nombre de 40 pour les cas et 70 pour les témoins avec des fréquences respectives de 33,6% et 29,4% ( $p=0,003$ ).

Dans notre étude la fréquence de la présentation du siège diminue avec la parité. Ainsi les multipares et les grandes multipares n'ont constitué que 23,53% et 5,04% chez les cas. D'autres auteurs comme Dembelé A [15],

Dicko B [17] au Mali et Denis A [62] en France ont rapporté des taux respectifs de 49%, 59,2% et 50,1% de pauciparité.

Classiquement le trouble de l'accommodation chez la multipare du au relâchement des parois utérines expliquent la survenue des présentations du siège chez celle-ci. Dans une cavité très vaste et complaisante toutes les accommodations sont possibles ce qui explique le taux relativement élevé des présentations du siège chez ces multipares. Notre taux de 33,6% de siège chez les nullipares pourrait s'expliquer par l'hypotrophie utérine. Il s'agit d'utérus le plus souvent mal étoffé ou mal constitué. Certains sont étroits et cylindriques ; le fond n'est pas plus large que le bas.

Leur paroi manque de souplesse. Le fœtus y est à l'étroit, d'autant plus inséré que l'oligoamnios est habituel [61]. Une autre explication pourrait être que la présentation du siège chez la primipare constituant un motif de l'évacuation, ces cas ont nécessité leur transfert dans le service.

#### **2-4- Antécédents chirurgicaux**

Un utérus cicatriciel présente toujours un risque de déhiscence au cours de la grossesse ou de l'accouchement. En cas de présentation du siège, les antécédents de chirurgie utérine sont importants à prendre en compte car peuvent faire indiquer d'emblée une césarienne. 10,92% de nos cas avaient un antécédent de césarienne contre 8,40% de témoins. Dembelé A [15] au Mali et Farsi I F [25] au Sénégal ont rapporté des taux respectifs de 5,6% et 7,4%.

Les antécédents de césarienne ont été retrouvés associés à l'accouchement par le siège dans respectivement 11% et 11,7% des cas dans les séries de Dicko B [17] au Mali et Denis A [62] en France.

1,68% de nos cas avaient un antécédent d'hystérorraphie pour rupture utérine. Il s'agit ici de grossesses et d'accouchements à risque dont le suivi aurait dû être fait en milieu spécialisé et d'où l'indication de césarienne aurait due être posée à terme vers la 38<sup>ème</sup> SA avant tout début de travail.

Nous avons enregistré 2,52% de cas de plastie utérine, le type d'intervention n'ayant pu être précisé.

Nous pensons comme la plupart des auteurs que l'association d'utérus cicatriciel et de présentation de siège doit faire indiquer une césarienne élective.

## **2-5- Suivi de la grossesse et mode d'admission**

*33,6% des cas n'ont fait aucun suivi prénatal. Ce taux est proche de celui des témoins sans qu'il y ait une différence significative ( $p=0,63$ ). Notre taux de grossesses non suivies est proche de ceux de Brahim O [58] en Tunisie, Dembelé A [15] au Mali et Farsi I L [25] au Sénégal qui ont rapporté des taux respectifs de 35% ; 33,6% et 34,1%. Dicko B [17] et EDSM [52] au Mali ont rapporté 18 % et 11% de grossesses non suivies. Le suivi régulier et de bonne qualité de la grossesse est indispensable pour prévenir les risques liés à celle-ci. L'un des objectifs de la consultation prénatale du dernier mois de la grossesse est de faire le pronostic de l'accouchement.*

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

42,8% de nos cas ont été soit référés (15,11%) ou évacués (27,7%) d'autres structures socio-sanitaires contre 13,9% de transfert chez les témoins. Il s'agit des parturientes qui ont été reçues dans d'autres structures évacuées ou transférées à cause des anomalies liées à leur grossesse ou à son évolution, alors que la plupart des auteurs [17, 25, 58] reconnaissent le caractère péjoratif de l'évacuation en obstétrique.

### **3- EXAMEN CLINIQUE**

#### **3-1- Taille de la parturiente**

En obstétrique l'évaluation de la taille est importante dès l'admission de la parturiente dans la salle de travail. 2,52% de nos cas ont une taille inférieure à 1,50 m.

Parmi elles deux femmes avaient un bassin généralement rétréci et une femme avait un bassin limite. Il s'agit dans ces trois cas de parturientes qui auraient dû bénéficier une évaluation du pronostic d'accouchement à la consultation du dernier trimestre et faire indiquer une césarienne prophylactique.

#### **3-2- Rythme cardiaque fœtal**

L'appréciation du rythme cardiaque fœtal systématique à l'admission a été faite au stéthoscope de Pinard et au cardiotocographe. 17,6% des fœtus à l'admission avaient une bradycardie ou des bruits cardiaques absents.

Cependant 3 /4 de nos cas avaient un rythme cardiaque fœtal compris entre 120 et 160 battements par minute. Plusieurs facteurs ont contribué à altérer le rythme cardiaque des fœtus dans notre série. Ce sont les dystocies dynamiques (62,07%), les dystocies mécaniques (10,34%) et la procidence du cordon (20,69%).

#### **3-3- Présentation fœtale**

Plus de la moitié (54,6%) des fœtus chez les cas à l'admission avaient une présentation du siège complet contre seulement 45,4% de modes décomplétés sans qu'il y ait une différence significative ( $p=0,13$ ).

Dicko B [17] au Mali a rapporté dans sa série 50,5% de siège complet contre 49,5% de siège décomplété.

La tendance qui est retrouvée chez la plupart des auteurs [15, 27, 33] est inversée dans notre série.

Ainsi Farsi I F [25] au Sénégal, Kouakou F [27] en Côte d'Ivoire et Dembelé A [15] au Mali trouvaient respectivement dans leurs séries 49,2% ; 43,3% et

52,6% de sièges complet contre 50,2% ; 52,6% ; 43,4% de modes décomplétés.

Les variétés de la présentation n'ont pas toujours été appréciées dans notre série. Il s'agissait surtout de variétés antérieures (81,08%) pour les cas ( $p < 0,05$ ). Dans 80,18%, comme relevées par la plupart des auteurs, les variétés sacro-iliaques gauche antérieures ont été les plus fréquentes. Notre taux de présentation du siège variété antérieure est inférieur à ceux de Farsi I F [25] et Dicko B [17] au Mali qui ont rapporté des fréquences respectives de 85,5% et 95%.

Près des 3 / 4 de nos femmes (70,6%) avaient une présentation fœtale engagée à l'admission. Nous faisant ainsi privilégier l'accouchement par voie basse dans ces cas.

#### **4- ACCOUCHEMENT**

L'accouchement par le siège est considéré comme potentiellement dystocique. Plusieurs facteurs ont déterminé la voie d'accouchement dans notre série.

62,2% des cas ont accouché par voie basse et 37,8% par césarienne. Notre taux de césarienne en cas de présentation de siège est supérieur à celui de la présentation céphalique qui a été de 21% et les cas courraient 2 fois plus de risques d'accoucher par césarienne que leurs témoins ( $p = 0,0007$  ;  $OR = 2,29$   $Ic : 1,37 - 3,82$ ). Il s'agit des césariennes pratiquées en urgence dans 31,3% des cas alors que la plupart aurait dû être programmée grâce à des CPN de bonne qualité.

Les indications de césarienne dans notre étude liées au bassin ont été dominées par le bassin limite (20%) et le bassin généralement rétréci (11%). Certaines indications classiques de césariennes ont été notées à savoir : utérus cicatriciel (15,12%), la macrosomie fœtale (3,4%) et la procidence du cordon battant (3,36%).

84% de nos cas qui avaient une parité inférieure à quatre ont été césarisées contre 76% chez les témoins ( $p = 0,00004$ ). Bien que cette différence soit significative, la primiparité seule n'a pas été une indication systématique de



la césarienne dans notre série. De même que la parité, l'âge maternel seul n'a pas été déterminant dans l'indication de la césarienne dans notre étude. Les taux de césariennes pour présentation de siège dans la littérature sont très variables. Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés variant entre 61,4% et 90% aux Etats-Unis d'Amérique [23, 42, 65].

**Tableau XXXVIII:** fréquence de césarienne en cas de présentation de siège dans la littérature

Continent	Auteurs	Pays	Fréquence (%)	Année
Afrique	Kouakou F [27]	Côte d'Ivoire	10,7	1983
	Dembelé A [15]	Mali	10,2	1988
	Messaoud L [58]	Tunisie	18	1993
	Marinho O A [34]	Nigeria	15	1996
	Farsi I F [25]	Sénégal	32	1997
	Dicko B [17]	Mali	30	2001
Europe	Dubois J [19]	France	51	1981
	Denis A [62]	France	47,9	1990
	Saunders S J [69]	Angleterre	90	1996
	Lenz A [26]	Allemagne	86,9	1997
	Kutlar I [24]	Turquie	43,7	1997
	Morabia A [35]	Suisse	45,4	1998
	Koo M R [38]	Pays-bas	44,4	1998
USA	Ferguson J E [23]	USA	90	1986
	Kilpatrick S J [42]	USA	82	1995
	Schiff E [65]	USA	61,4	1996

Plusieurs raisons expliquent ces variations du taux de césarienne dans les différentes séries. Ce sont entre autre les moyens de surveillance, les réalités socio-juridiques des différents pays et à un degré moindre la compétence des équipes obstétricales dans les différentes structures d'accueil.

Certaines manœuvres obstétricales ont été pratiquées. Elles sont dominées par celle de Mauriceau 62,5 % suivie de Bracht 37,5 %. Nous avons eu recours à une application de forceps sur rétention de tête dernière.

Nous n'avons pas relevé dans la littérature des données comparant ces différentes techniques mais la tendance est à observer sans « diriger » l'expulsion. L'expulsion au cours de ces accouchements par voie basse est inférieur ou égale à 45 minutes dans la plupart des cas (83,78%), contre

96,81% des témoins avec une différence significative ( $p < 0,05$ ). Cependant 16,22% des cas avaient une durée d'expulsion  $> 45$  mn. Ces dystocies d'expulsion s'expliquent d'une part par l'épuisement maternel et d'autre part les dystocies dynamiques qui ont nécessité une perfusion d'ocytocine.

## **5- PRONOSTIC**

### **5-1- Pronostic maternel**

Plusieurs types de complications maternelles ont été retrouvées dans notre série. Ces complications sont fonction de plusieurs facteurs qui sont soit liés à la grossesse elle-même (suivi) soit au mode d'accouchement ou les deux. Ainsi les complications morbides les plus fréquemment rencontrées ont été les suppurations pariétales (6 cas), la rupture utérine (1 cas) et les déchirures des parties molles (3 cas). Nous n'avons pas enregistré de décès maternel dans notre série.

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

### **5-2- Pronostic fœtal**

Nous avons relevé 58 cas de complications fœtales contre 28 chez les témoins. Ces complications sont dominées essentiellement par la souffrance fœtale aiguë (56%), la mort fœtale (42%), contre respectivement 71,4% et 28,6% chez les témoins. Le taux de mort fœtale est beaucoup plus élevé chez les cas (42%) que chez les témoins (28,6%) sans que cette différence statistique ne soit significative.

Nous avons noté un cas de fracture du fémur.

Plusieurs facteurs ont contribué à l'altération du pronostic fœtal au cours de l'accouchement par le siège. La voie d'accouchement en cas de présentation du siège peut constituer un facteur morbide important surtout si toutes les conditions d'acceptation de celle-ci ne sont pas respectées. Ainsi notre taux

de mort-né après un accouchement par césarienne est inférieur à celui de l'accouchement par voie basse ( $p=0,10$ ). Nous constatons une altération du score d'Apgar quelle que soit la voie d'accouchement dans notre série chez les cas comparés aux témoins avec un avantage nette chez les nouveau-nés par césarienne.

82% des nouveau-nés par césarienne avaient un Apgar  $\geq 7$  à la cinquième minute contre 73% d'entre eux qui étaient nés par la voie basse ( $p=0,00006$ ). L'avantage de la césarienne sur l'accouchement par voie basse chez l'enfant relevé dans notre étude est noté dans la littérature canadienne [31], britannique [66] et américaine [42, 65].

En effet Hannah-Hannah [31] au Canada a rapporté 0,4% de mortalité fœtale en cas d'accouchement par césarienne contre 5,7% après accouchement par voie basse.

Quoique notre taux de mort-né après césarienne soit élevé comparativement à la série canadienne, nous pensons que si l'indication est bien réfléchi et la césarienne bien faite, celle-ci pourrait améliorer le pronostic fœtal.

Les manœuvres obstétricales utilisés n'ont pas à elles seules constitué un facteur morbide déterminant. Nous avons cependant enregistré une mort fœtale au décours d'un accouchement du siège associé à l'application du forceps.

Nous pensons que l'accouchement du siège devrait être réservé à des personnes expérimentées qui ont une meilleure connaissance des différentes manœuvres et susceptible de les faire à bon escient.

Kouakou F [27] en Côte d'Ivoire a rapporté 48,3% de score d'Apgar inférieur à 7 à la 5<sup>ème</sup> minute en cas de manœuvre obstétricale contre 45,1% en absence de celle-ci. Nous ne pensons pas que les manœuvres seules soient responsables de ces scores d'Apgar morbides. Ce sont plutôt des situations obstétricales pour lesquelles ces manœuvres sont faites qui sont responsables de l'altération de ces scores d'Apgar.

Le pronostic fœtal dans notre étude a été moins bon en cas de siège complet qu'en cas de siège décompleté du fait de la fréquence des anomalies liées au siège complet.

33,84% de nouveau-nés en présentation de siège complet ont eu un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5<sup>ème</sup> minute contre 12% de nouveau-nés en présentation de siège décomplété ( $p=0,002$ ). Nos résultats sont proches de ceux de Dicko B [17] qui a noté 36,5% de siège complet ayant un Apgar inférieur à 7 contre 22% de siège décomplété à la 5<sup>ème</sup> minute. Ils sont contraires à ceux de Rachdi R [58] qui a trouvé 4,8% de morts périnatales pour les sièges décomplétés contre 3,2% pour les sièges complets avec une différence non significative.

Il pense alors que le pronostic est indépendant du mode de présentation [58] en cas d'accouchement par le siège.

Nous sommes en accord avec les recommandations de la FIGO qui sans tenir compte du mode de présentation, autorisent l'accouchement par le siège à terme par voie basse sous réserve cependant que les impératifs d'acceptation de cette voie soient respectés.

Le pronostic foetal est inversement proportionnel à la durée d'expulsion. En effet les scores d'Apgar aux 1<sup>ère</sup> et 5<sup>ème</sup> minutes ont été mauvais quand la durée d'expulsion est supérieure à 45 minutes. Ceci s'explique par le fait qu'en cas d'expulsion prolongée surtout si les manœuvres obstétricales mal faites sont associées, il s'installe une hypoxie qui aboutit à l'altération du score d'Apgar.

Soixante-six virgule soixante-sept pourcent de mort-nés chez les cas dans notre série avaient la durée d'expulsion supérieure à 45 minutes contre 6,45% pour une durée inférieure à ce délai. Ce taux élevé de mort-nés liés à la durée d'expulsion n'a pas été retrouvé chez les témoins.

Les extractions instrumentales ont permis d'écourter cette durée avec de meilleur pronostic.

De même que la durée d'expulsion supérieure à 45 minutes, la voie d'accouchement, le suivi de la grossesse et le mode de présentation ont influencé le pronostic foetal dans notre série.

La plupart des auteurs [17, 27, 31, 69] s'accordent sur ces facteurs pronostiques foetaux qui sont le plus souvent associés.

## **VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1- CONCLUSION**

Au terme de cette étude rétrospective cas-témoins portant sur l'accouchement par le siège, nous avons noté une fréquence de 2,74% de siège en cas de grossesse monofoetale.

Le mode de présentation le plus fréquent a été le siège complet 65%. Il s'agit surtout de la variété sacro-iliaque gauche antérieure (80,18%). La voie basse a été privilégiée au cours de ces accouchements 62,2% contre 37,8% de césariennes dont plus de 3 /4 effectuées en urgence.

Le pronostic maternel reste en général bon dans l'accouchement en présentation par le siège. Plusieurs facteurs comme la voie d'accouchement, le mode de présentation, la durée d'expulsion et le suivi de la grossesse les manœuvres obstétricales utilisées ont influencé le pronostic fœtal.

Les complications fœtales ont été dominées par la souffrance fœtale aiguë (23,53%), suivi de la mort périnatale (17,65%).

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

## **2- RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations suivantes :

### **➤ Aux Personnels de santé**

- ➔ Identifier et référer les cas de présentation du siège vers des centres spécialisés ;
- ➔ Demander systématiquement un examen échographique en fin de grossesse afin de déterminer le type de présentation et estimer le volume fœtal.

### **➤ Aux autorités sanitaires**

- ➔ Assurer une formation de base de qualité et une formation continue dans la prise en charge des urgences obstétricales en général et de l'accouchement du siège en particulier.

### **➤ A la population**

- ➔ Le suivi régulier des consultations prénatales par toutes les femmes enceintes pour identifier les facteurs pronostiques de l'accouchement.
- ➔ Sensibiliser toutes les femmes sur les risques de l'accouchement non assisté.

## VII- REFERENCES

### **1- Amiel-Tison C.**

Asphyxial drain damage : out come IX<sup>e</sup> congrès européen de médecine périnatale. Dublin 1984, sous presse.

### **2- Barba Arino-Monnier P, Boutroy J L.**

La présentation du siège.

Obstétrique, Ellipses, Paris, 1995 ; 435 : 162-173.

### **3- Barrier J.**

Présentation du siège.

Rev Prat 1975 ; 25 : 179-188.

### **4- Barrier J, Elhaik S.**

La césarienne. Ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses ?

Rev Fr Gynecol Obstet 1979 ; 74, 5 : 335-347.

### **5- Baudet J H.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1992 ; 87, 7-9 : 415-418.

### **6- Brian C, James A, Roger B, Peter Van J.**

Effect of foetal presentation on the amniotic fluid index.

Am Jr of Obstet and Gynecol 1999 ; 181, 5 : 129-132.

### **7- Chabert P, Coll H, Mattel M, Callec M.**

Doit-on faire encore des versions par manœuvre externe dans la présentation du siège ?

Rev Fr Gynecol Obstet 1992 ; 6-8 : 633-640.

**8- Cheng M, Hannah M.**

Breech delivery at term : ca critical review.  
Jr of Perinat Med 1989 ; 17, 2 : 121-126

**9- Claudine Amiel-Tison .**

Le devenir des enfants nés en présentation du siège.  
Gazette Med 1984 ; 91, 37.

**10- Christian F.**

Accouchement du siège.  
Gynéweb, compte-rendu d'un débat sur gynélist en janvier, 1999.47-58

**11- Creazy, Rosnik**

Maternal and foetal medecine. Saunders philadelphia 1984.  
Br Jr of Obstet Gyneacol 1997; 104, 11: 1233-1291.

**12- Creze J.**

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

**13- Daniel P, Peter J.**

Route of delivery for the breech presentation: a conundrum.  
Am Jr of Obstet and Gynecol 1995; 173, 2.

**14- Dellenbach P, Nisand I, Jacquemin D.**

Présentation du siège. Mises à jour en gynécologie obstétrique.  
Vigot, Paris, 1979.123-138

**15- Dembele 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



**16- Denis A, Texier M, Rouchy R.**

Le pronostic foetal en présentation du siège : évaluation d'un coefficient de risque.

Rev Fr Gynecol Obstet 1976 ; 71, 5 : 309-316.

**17- Dicko B.**

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

Thèse Med, Bamako, 2001. 67

**18- Dubois C, Dufour Ph, Quandalle F, Lanvin D, Levasseur M.**

Présentation du siège : conduite à tenir à propos de 304 observations.

Contracept Fertil Sex 1998 ; 26, 5 : 363-371.

**19- Dubois J.**

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

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

**20- Dubois J, Grall Y J.**

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. In : Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Paris, Vigot, 1988 : 375-397.

**21- Dumont M, Nelken S, Condamine P.**

Etude de 309 accouchements en présentation du siège.

Rev Fr Gynecol 1977 ; 72 : 775.

**22- Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle A W, Jenet R**

The frequency of breech presentation based study.

Am Jr of Obstet & Gynecol 1992; 166: 851-2.

**23- Dyson DC, Ferguson J E, Hensleigh P.**

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

**24- Erkaya S, Tuncer A, Kutlar I, Onat N, Ercakmak S.**

Out come of 1040 consecutive breech deliveries clinical experience of  
maternity hospital in turkey.  
Int Jr of Gynecol and Obstet 1997 ; 59, 2 : 115-8.

**25- Farsi I F.**

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. 146

**26- Feige A, Krause M, Lenz A.**

Deciding criteria for vaginal delivery form breech presentation: effect on  
neonatal early and late morbidityzeitschrift fur Geburtschift and  
Néonatalogie 1997; 201, 35.

**27- Gassan H, Diarra S, Toure K, Kouakou F, Welffens C.**

Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul  
d'un coefficient © de corrélation.  
Ann univ, Abidjan, serie B (Medecine), 1983 ; XVII,(1). 291.

**28- Georges P.**

L'accouchement en présentation par le siège à terme « une attitude équilibrée  
est-elle possible ? »  
XIVè JTA avancées en gnécologie obstétrique Pma et pédiatrie 1999 ; 1-6.

**29- Grall J Y, Dubois J, Moquet P Y, Poulain P, Blanchois J, Laurent M C.**

Présentation du siège.

Edit technique, Encycl Med Chir (Paris), Obstétrique, J049-L40, 1994. 14p.

**30- Grazon A, Henrion R.**

Présentation du siège.

Edit technique, Encycl Med Chir (Paris), Obstétrique, 5026 , 110, A20 ; 1967.

**31- Hannah M E, Hannah W J, Hewson S A, Hodnett E D, Saigal S.**

Accouchement par présentation du siège par voie vaginale : la fin d'une époque.

Lancet 2000 ; 356 : 1357-83.

**32- Heluin G, Hazeri H, Papiernik E.**

Accouchements par le siège, résultat sur une série de 300 cas.

Jr Gyneacol Obstet Biol Reprod 1978 ; 7 : 975-986.

**33- Hill L M.**

Prevalence of breech presentation by gestationnal age.

Am J Perinatal 1990 ; 7 : 92.

**34- Ilesanni O A, Sobowale O A, Marinho O A.**

Out come of 44 & breech singleton deliveries at the catholic hospital oluyoro.

Ibadan African J of medecine and medical sciences 1996 ; 25 (1) :41-6.

**35- Irion O, Hisbrunner A L, Morabia A.**

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

Br J of Obstet and Gynecol 1998; 105 (7): 710-7.

**36- Julianne S, Kirk A, Mark A, Jennefer F, Shari T.**

The dangerous multipara : fact of fiction ?  
Am J of Obstet and Gynecol 1995; 172, 2.

**37- Kayen G.**

Voie d'accouchement en cas de présentation du siège.  
J.Gynecol obstét Biol Reprod 1981;10:623

**38- Koo M R, Dekker G A, Van Geizn H P.**

Perinatal outcome of singleton term breech deliveries.  
Europ J of Obstet Gynecol and Reprod Biol 1998 ; 78 (1) : 19-24.

**39- Lacomme M.**

Pratique obstétricale.  
Mason, 2è Edit Paris, 1960.453

**40-Langer B, Boudier E, Bassi C, Schlaeder G.**

Conduite à tenir devant une présentation du siège.  
Mécanique et techniques obstétricales 2001 : 553-569.

**41-Lansac J.**

Obstétrique pour le praticien : accouchement et suites de couches.  
Paris ; Masson,3<sup>ème</sup> Edit, 19976. 473p.

**42-Laros R K, Flanagan T A, Kilpatrick S J.**

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

**43-Lefevre J, Cardi S, Denis A, Marchetta J, Petipre C, Grosieux P.**

Accouchement du fœtus de faible poids en présentation du siège. Pronostic fœtal et place de l'opération césarienne.  
Rev Fr Gynecol Obstet 1982 ; 77, 3 : 185-189.

**44-Maillet R, Schaal J P, Gautier C, Delpiano F, Flusin M F.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1983, 78 (4).

**45-Maillet R, Patrick J S, Colette C.**

Complications du siège : relèvement du bras.

Hachette Pratique ; 2001.63.7-15

**46-Maillet R, Schaal J P, Riethmuller D.**

Accouchement en présentation du siège. Plaidoyer pour la voie basse.

XIVè JTA Gynecol Obstet 1999.41-48

**47-Makbib D, Luis R, Mary J O.**

Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women : A 5 years experience at the university of Miami, Jackson Memorial Hospital.

Am J of Obstet and Gynecol. Online, 1999, 81, 2.

**48-Marpeau L.**

Faut-il laisser accoucher les sièges par voie basse ?

Rev Fr Gynecol Obstet 1999 ; 94, 6 : 474-477.

**49-Mekbib T A.**

Breech delivery and foetal outcome : a review of 291 cases.

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

**50-Mestrallet A.**

Conduite à tenir devant une présentation du siège.

Journées de perfectionnement. Depart Gynecol Obstet ; CHU Lyon ; 1971.319-337

**51-Milliez J, Ghorbel A, Rekik S.**

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

Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1980 ; 46 : 127-149.

**52-Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**

Enquête démographique et de santé (EDS), 1995-1996.

**53-Nigel J, Saunders St.**

Controversies the mature breech should be delivered by elective cesarean section.

Jr Perinat Med 1996 ; 24 : 545-551.

**54-Oliver I, Pascale H A, Alfredo M.**

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

Br Jr of Obstet Gyneacol 1998 ; 105 : 710-717.

**55-Picaud J C, Salle B L, Audra P, Walther M, Boussebart T.**

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

XIVè J T A en Gynecol Obstet, 1999.42 :391-396

**56-Rachdi R, Mouelhi Ch, Fekih M A, Haijami R, Brahim H.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1992 ; 87, 7-9 : 415-18.

**57-Rachdi R.**

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

Paris ; Vigot ; Gyneco Obstet ; 1996. 7-27.

**58-Rachdi R, Fekih M A, Mouelhi C, Messaoud L, Brahim O.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1993 ; 884 : 249-252.

**59-Raudrant R, Vaudoyer F, Golfier F, Champion F.**

L'accouchement du siège à terme, place de la césarienne systématique. Les résultats d'une étude de cohorte historique de 1116 cas et revue de la littérature

XIVè J T A, Gynecol Obstet 1999.25 ;145-156

**60-Riethmuller D, Benoit S, Schaal J P, Maillet R, Colette C.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1996 ; 91, 4 : 177-181.

**61-Robert M, Jean L, Jean M.**

Précis d'obstétrique. Présentation du siège.

Masson 6è Edit Paris 1995.618

**62-Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H.**

Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège à propos de 357 grossesses monofoetales à terme.

Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85, 5 : 271-281.

**63-Russell K, Laros J R, Tracy A, Sarah J.**

Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selectibe trial of labor. 1995 ; 172, 6.

**64-Scheer K, Nubar J.**

Variation of foetal presentation with gestationnal age.

Am J Obstet Gynecol 1976 ; 125 : 269.

**65-Schiff E, Friedman SA, Mashiach S, Hort O, Barkai G, Sibai B M.**

Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries.  
Seven years experience at a single center.

Am J Obstet Gynecol DA 1996 ; 175, 1 : 18-23.

**66-Soummani A, Hermas S, Mikou F, Himmi A.**

La procidence du cordon ombilical : à propos de 165 cas.

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

**67-Soutoul J H, Liska J.**

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

Rev Fr Gynecol 1968 ; 63 : 446-465.

**68-St George Hospital, Kogarah, Sydney, Australia.**

From breech to bow-case study by Thomas ind MB BS MD MRCOG.

OBGYN Net Publications. Case of the month-september 1998.6,353-355

**69-St. Saunders N J.**

Controversies : the mature breech should be delivered by elective cesarean section.

Jr Perinat Med 1996 ; 24, 6 : 545-51.

**70-Suzanne F, Portal B, Greze A, Bauden J.**

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

Rev Fr Gynecol Obstet 1979 ; 74, 5 : 349-356.

**71-Wiegers, HANNAH.**

Présentation en siège et accouchement à domicile.

Dossier Obstet 2001 ; 295 : 36.



## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** KONE

**Prénom :** Moussa Te

**Date et lieu de naissance :** 18 juillet 1978 à Bamako

**Nationalité :** Malienne

**Année de soutenance :** 2005

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Obstétrique

**Résumé :** L'objectif de notre travail est d'évaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation par le siège.

Notre étude a lieu sur une période de 2 ans (1<sup>er</sup> Janvier 2002 au 31 Janvier 2004) dans le service de gynécologie d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins visant à évaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation par le siège.

Nous avons enregistré 119 cas de présentation du siège remplissant tous nos critères d'inclusion, auxquels nous avons apparié 238 cas de présentation du sommet comme témoins. La fréquence des accouchements en présentation par le siège dans notre service est de 2,74 % sur 4351 accouchements.

Les facteurs du pronostic fœtal identifiés sont : la voie d'accouchement, le mode de présentation, le suivi prénatal, les manœuvres obstétricales et la parité.

Le pronostic maternel est en général bon quelle qu'en soit la voie d'accouchement.

La réalisation de consultations prénatales de bonne qualité permettant de poser le pronostic de la voie d'accouchement avant tout début de travail et la bonne pratique des manœuvres obstétricales améliore le pronostic fœtal.

**Mots-clés :**

## QUESTIONNAIRE MOUSSA KONE

### ACCOUCHEMENT DE SIEGE : PRONOSTIC MATERNE ET FOETAL

Nom et Prénom : / \_\_\_\_\_ /

{Q1} Age: / \_\_\_\_ / (année)

{Q2} Profession: / \_\_\_\_ /

(1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève, 4=étudiante, 5=commerçante, 6=autre)

{Q3} Ethnie: / \_\_\_\_ /

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

{Q3a} Autres: / \_\_\_\_\_ /

{Q4} Résidence: / \_\_\_\_ / (commune 1 à 6, 7=autres)

{Q5} Statut matrimonial: / \_\_\_\_ / (1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve)

{Q6} Niveau d'instruction : / \_\_\_\_ / (1=non scolarise, 2=primaire, 3=second, 4=supérieur)

{Q7} Profession du conjoint: #

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

{Q7a} Autres: / \_\_\_\_\_ /

{Q8} Niveau du conjoint: / \_\_\_\_ / (1=non scolarise, 2=primaire, 3=second, 4=supérieur)

ATCD

Familiaux

{Q9} Malformation utérine: / \_\_\_\_ / (O/N)

{Q9a} Autres: / \_\_\_\_\_ /

Personnels

Chirurgicaux:

{Q10} Myomectomie: / \_\_\_\_ / (O/N)

{Q11} Césarienne: / \_\_\_\_ / (O/N)

{Q11a} Si oui indication: / \_\_\_\_\_ /

{Q12} Hystérorraphie : / \_\_\_\_ / (O/N)

{Q13} Plastie utérine: / \_\_\_\_ / (O/N)

## Gynécologique

{Q14} Fibrome utérin: /\_\_\_/ (O/N)

{Q15} Malformation utérin: /\_\_\_/ (O/N)

{Q16} Synéchie utérine: /\_\_\_/ (O/N)

## Obstétricaux

{Q17} Gestité: /\_\_\_/

{Q18} Parité: /\_\_\_/

{Q19} Gémellité: /\_\_\_/ (O/N)

{Q20} Autre: /\_\_\_\_\_/

## SUIVI DE LA GROSSESSE

{Q21} Consultation prénatale : /\_\_\_/ (O/N)

{Q21a} SI oui nombre CPN: /\_\_\_/

{Q21b} Qualité: /\_\_\_/ (1=bonne, 2=moyenne, 3=mauvaise)

{Q21c} Auteur CPN: /\_\_\_/

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=sage-femme , 4=matrone, 5=autre)

{Q22} Diagnostic du siège: /\_\_\_/

(1=Avant travail d'accouchement, 2=au cours du travail d'accouchement)

## DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

{Q23} Mode d'admission: /\_\_\_/ (1=évacuée, 2=référée, 3=Venue elle même)

{Q23a} si évacuée motif: /\_\_\_\_\_/

{Q23b} si référée motif: /\_\_\_\_\_/

## EXAMEN A L'ENTREE

{Q25} Examineur: /\_\_\_/

(1=médecin obstétricien, 2=médecin généraliste, 3=Interne, 4=Sage-femme)

{Q26} Taille: /\_\_\_/ (cm)

- {Q27} Poids: /\_\_\_\_/ (kg)
- {Q28} Hauteur utérine: /\_\_\_\_/ (cm)
- {Q29} Rythme cardiaque fœtal : /\_\_\_\_/ (battement/mn)
- {Q30} Hauteur de la présentation: /\_\_\_\_/ (1=engagé, 2=non engagé)
- {Q31} Mode de présentation: /\_\_\_\_/ (incomplet, décomplété)
- {Q32} Orientation de la présentation: /\_\_\_\_/ (1=SIGA, 2=SIDP, 3=SIGP, 4=SIDA)
- {Q33} Dilatation col: /\_\_\_\_/ (cm)
- {Q34} Membranes: /\_\_\_\_/ (1=intactes, 2=rompues)
- {Q34a} Si rompue: /\_\_\_\_/ (1=prématurément, 2=précocement, 3=tempestivement)
- {Q34b} Délai de rupture: /\_\_\_\_/ (H/mn)
- {Q35} Bassin osseux: /\_\_\_\_\_/
- {Q36} Facteur de risque associé: /\_\_\_\_/
- (1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur praevia, 5=hydramnios, 6=hypotrophie fœtale, 7=gémellité, 8=prématurité, 9=autres)
- {Q37} Autres: /\_\_\_\_\_/
- {Q38} Age de la grossesse: /\_\_\_\_/ (SA)
- {Q39} Pathologie associée: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39a} HTA: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39b} Diabète: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39c} Drépanocytose: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39d} Asthme: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39e} Insuffisance cardiaque: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39f} Insuffisance rénale: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q39g} Autres: /\_\_\_\_\_/

#### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- {Q40} Cardiotocographie: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q40a} Si oui résultat: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q41} Echographie: /\_\_\_\_/ (O/N)
- {Q41a} Si oui résultat: /\_\_\_\_\_/
- {Q42} Radiopelvimetrie: /\_\_\_\_/ (O/N)

{Q42a} Si oui résultats: / \_\_\_\_\_/

## ACCOUCHEMENT

{Q43} Identité accoucheur: / \_\_\_\_/

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

{Q44} Début du travail: / \_\_\_\_/ (H)

{Q45} Fin de dilatation: / \_\_\_\_/ (H)

{Q46} Durée d'expulsion: / \_\_\_\_/ (H/Min)

{Q47} Fin du travail: / \_\_\_\_/ (H/Min)

{Q47a} Durée totale du travail / \_\_\_\_/ (H/mn)

{Q48} Voie accouchement: / \_\_\_\_/ (1=césarienne, 2=voie basse)

{Q48a} Si césarienne indication: / \_\_\_\_\_/

{Q49} Episiotomie medio latérale: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q50} manœuvres obstétricales: / \_\_\_\_/ (1=Morisseau, 2=Vermelin, 3=Bracht, 4=Autres)

{Q50a} Autres: / \_\_\_\_\_/

{Q50b} Auteur manœuvre :

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

{Q51} Complications du travail: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51a} Dystocie dynamique: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51b} Dystocie mécanique: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51c} Hémorragie: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51d} Rupture utérine: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51e} Procidence cordon: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51f} Déchirure col: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51g} Déchirure vagin: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51h} Déchirure périnée: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q51i} Autres: / \_\_\_\_\_/

{Q52} Délivrance: / \_\_\_\_/ (1=manuelle, 2=artificielle, 3=active dirigée)

{Q53} Hémorragie délivrance: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q54} Révision utérine: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q54a} Si oui pourquoi: / \_\_\_\_\_/

{Q54b} Si oui résultat: / \_\_\_\_\_/

## EXAMEN DU NOUVEAU NE ET SES ANNEXES

Nouveau né à la naissance

{Q55} Sexe: / \_\_\_\_/ (1=M, 2=F)

{Q56} Poids: / \_\_\_\_\_/(gr)

{Q57} Taille: / \_\_\_\_/(cm)

{Q58} PC: / \_\_\_\_/ (cm)

{Q59} Malformation : / \_\_\_\_/

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

{Q59a} Autres: / \_\_\_\_\_/

{Q60a} Score d'Apgar 1<sup>ère</sup> mn: / \_\_\_\_/

{Q60b} Score d'Apgar 5<sup>ème</sup> mn:

/ \_\_\_\_/

{Q60c} Score d'Apgar 10<sup>ème</sup> mn: / \_\_\_\_/

{Q61} Réanimé: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q61a} Si oui durée: / \_\_\_\_/ (min)

{Q62} Evacué: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q62a} Si oui motif: / \_\_\_\_/

(1=SFA, 2=fracture, 3=paralysie plexus brachial 4=luxation épaule, 5=autres)

{Q62a1} Autres: / \_\_\_\_\_/

{Q63} Nouveau-né: # (1=vivant, 2=DCD, 3=mort-né)

Cause DCD

{Q63a} SFA: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63b} Procidence cordon: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63c} Rétention tête derrière: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63d} Placenta Praevia: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63e} Dystocie: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63f} Prématurité: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63g} Trauma obstétrical: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63h} Malformation: / \_\_\_\_/ (O/N)

{Q63i} Autres: <A >

### Cordon ombilical

- {Q64} Longueur: /\_\_\_/
- {Q65} Insertion: /\_\_\_/ (1=centrale, 2=marginale)
- {Q66} Bretelle: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q67} Circulaire: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q67a} Si oui : /\_\_\_/ (1=unique, 2=multiple)
- {Q68} Autre: /\_\_\_\_\_/

### Pronostic maternel

- {Q69} Complications: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69a} Déchirure col: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69b} Déchirure vulvovaginale: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69c} Déchirure Périnéale: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69d} Fistule vésico-vaginale: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69e} Rectovaginale: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69f} Hémorragie: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69g} Suppuration pariétale: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q69h} Autres: <A >
- {Q70} DCD mère: /\_\_\_/ (O/N)
- {Q70a} Si DCD cause: /\_\_\_\_\_/