

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP - DAKAR
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE : 1993

N° 40



EPIDEMIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU
SIEGE ET SUIVI NEO-NATAL PRECOCE DANS UNE MATERNITE DE
REFERENCE D'AFRIQUE NOIRE

(Etude prospective menée dans le service de Gynécologie
et d'Obstétrique du CHU de Dakar)

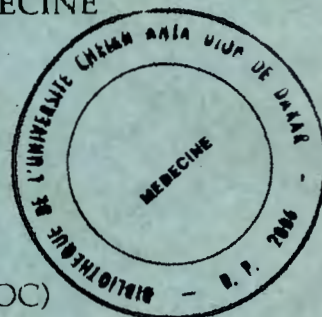
THESE

Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement
le 27 Juillet 1993 par

Mme Ilham FARID FARSI

Née le 7 Septembre 1965 à KENITRA (MAROC)



MEMBRES DU JURY:



Président :	M. Ibrahima WONE	Professeur
Membres :	M. Adrien DIOP	Professeur
	M. Mohamadou FALL	Professeur
	M. Fadel DIADHIOU	Professeur
Directeur de Thèse :	M. Fadel DIADHIOU	Professeur

39895

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP - DAKAR
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE : 1993

N° 40



EPIDEMIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU
SIEGE ET SUIVI NEO-NATAL PRECOCE DANS UNE MATERNITE DE
REFERENCE D'AFRIQUE NOIRE

(Etude prospective menée dans le service de Gynécologie
et d'Obstétrique du CHU de Dakar)

THESE

Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MEDECINE

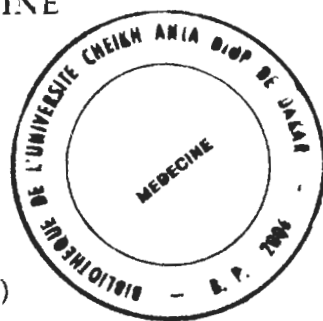
(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement

le 27 Juillet 1993 par

Mme Ilham FARID FARSI

Née le 7 Septembre 1965 à KENITRA (MAROC)



MEMBRES DU JURY:

Président :	M. Ibrahima WONE	Professeur
Membres :	M. Adrien DIOP	Professeur
	M. Mohamadou FALL	Professeur
	M. Fadel DIADHIOU	Professeur
Directeur de Thèse :	M. Fadel DIADHIOU	Professeur

M39895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

□ □ □ □ □

PERSONNEL DE LA FACULTE

□ □ □ □ □

DOYEN	M. René	NDOYE
PREMIER ASSESSEUR.....	M. Doudou	BA
DEUXIEME ASSESSEUR.....	M. Ibrahima Pierre	NDIAYE
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS.....	M. Assane	CISSE

★ ★ ★ ★ ★

★ ★ ★ ★

★ ★

★

Liste du Personnel Etablie au 5 Février 1992

□□□□□

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE
POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE

1992/1993

□□□□□

PROFESSEURS TITULAIRES

	M. Salif	BADIANE	Maladies Infectieuses
	M. Oumar	BAO	Thérapeutique
	Mme Awa Marie	COLL SECK	Maladies Infectieuses
	M. Hervé	DE LAUTURE	Médecine Préventive
	M. Fadel	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
	M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
	M. Samba	DIALLO	Parasitologie
	M. Adrien	DIOP	Chirurgie Générale
+	M. El Hadj Malick	DIOP	O.R.L.
	Mme Thérèse	MOREIRA DIOP	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
	M. Sé mou	DIOUF	Cardiologie
	M. Mohamadou	FALL	Pédiatrie
+	M. Pierre	FALTOT	Physiologie
	M. Mamadou	GUEYE	Neuro-Chirurgie
	M. Abdourahmane	KANE	Pneumophtisiologie
	M. Aristide	MENSAH	Urologie
	M. Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
	M. Papa Demba	NDIAYE	Anatomie Pathologique
	M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
	M. René	NDOYE	Biophysique
	M. Idrissa	POUYE	Orthopédie-Traumatologie
	M. Abibou	SAMB	Bactériologie-Virologie
*	M. Abdou	SANOKHO	Pédiatrie
+	M. Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale
*	M. Abdourahmane	SOW	Maladies Infectieuses
	M. Ahmédou Moustapha	SOW	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
	M. Moussa Lamine	SOW	Anatomie
	M. Papa	TOURE	Cancérologie
	M. Alassane	WADE	Ophtalmologie
	M. Ibrahima	WONE	Médecine Préventive

PROFESSEURS SANS CHAIRE

□□□□□

	M. Ibrahima	SECK	Biochimie Médicale
+	Professeur Associé		
*	Personnel en détachement		

PROFESSEUR EN SERVICE EXTRAORDINAIRE

□□□□□

M. Pierre

LAMOUCHE

Radiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

□□□□□

	M. José-Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
	M. Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie-Obstétrique
*	M. Mamadou Diakhité	BALL	Dermatologie
	M. Fallou	CISSE	Physiologie
	M. Baye Assane	DIAGNE	Urologie
	M. Babacar	DIOP	Psychiatrie
	M. El Hadj Ibrahima	DIOP	Orthopédie-Traumatologie
	M. Saïd Norou	DIOP	Médecine Interne (clinique médicale II)
	M. Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
	Mme Sylvie	SECK GASSAMA	Biophysique
	M. Momar	GUEYE	Psychiatrie
	M. Abdoul Almamy	HANE	Pneumophtisiologie
	M. Nicolas	KUAKUVI	Pédiatrie
x	M. Alain	LE COMPTE	Biophysique
	M. Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie
x	M. Jean Bernard	MAUFERON	Neurologie
x	M. Jehan Mary	MAUPPIN	Anatomie
	M. Victorino	MENDES	Anatomie pathologique
	M. Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
+	M. Madoune Robert	NDIAYE	Ophthalmologie
	Mme Mayang	NDIAYE NIANG	Physiologie
	M. Mohamed Fadel	NDIAYE	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
+	M. Mamadou	NDOYE	Chirurgie Infantile
	Mme Bineta	SALL KA	Anesthésiologie
	M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
	M. Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie-Traumatologie
	M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
	M. Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie
	M. Omar	SYLLA	Psychiatrie
+	M. Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

□□□□□

	M. Mamadou	BA	Pédiatrie
	M. Jean Pierre	BENAI	Médecine Légale
	M. Jacques	MILLAN	Léprologie
§	M. Aly	NGOM	Gynécologie-Obstétrique

+ Maître de Conférences Agrégé Associé
 x Maître de Conférences Associé
 * Personnel en détachement

MAITRES-ASSITANTS

□□□□□

	M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
	M. Moussa	BADIANE	Electro-Radiologie
	M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
	M. Abdarahmane	DIA	Anatomie
	M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectieuses
	M. Babacar	FALL	Chirurgie Générale
	M. Oumar	GAYE	Parasitologie
++	M. Claude	MOREIRA	Pédiatrie
	M. Jean-Charles	MOREAU	Gynécologie-Obstétrique
	M. Adama Bandiougou	NDIAYE	Immunologie (Hématologie)
	M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Générale
	M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
	M. Mohamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
	M. Moustapha	SARR	Cardiologie
	M. Gora	SECK	Physiologie
	Mme. Haby	SIGNATE SY	Pédiatrie
	M. Doudou	THIAM	Hématologie

ASSISTANTS DE FACULTE - ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

□□□□□

M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
M. Yémou	DIENG	Parasitologie
M. Dialo	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Moctar	DIOP	Histologie-Embryologie
M. Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
M. Oumar	FAYE	Parasitologie
Mme Gisèle	WOTO GAYE	Anatomie Pathologique
M. Ibrahima	MANE	Médecine Préventive
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
M. Niama Diop	SALL	Biochimie Médicale
M. Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
Mme Anta	TAL	Médecine Préventive
Mme Hassanatou	TOURE SOW	Biophysique
M. Kamadore	TOURE	Médecine Préventive
M. Meïssa	TOURE	Biochimie Médicale

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

□□□□□

M. EL Hadj Amadou	BA	Ophtalmologie
M. Mamadou	BA	Urologie
Mme Mariame	GUEYE BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Moussa	BA	Psychiatrie
M. Seydou Boubacar	BADIANE	Neuro-Chirurgie
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. El. Hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
M. Cheikh A. Tidiane	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mariama Safiétou	KA CISSE	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
Mme. Elisabeth	FELLER DANSOKHO	Maladies Infectieuses

+	M. Massar	DIAGNE	Neurologie
	M. Djibril	DIALLO	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
*	M. Saïdou	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
	M. Papa Ndiouga	DIENG	Anesthésiologie
	M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
	M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
	M. Rudolph	DIOP	Stomatologie
	M. Alassane	DIOUF	Gynécologie-obstétrique
	M. Boucar	DIOUF	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
	M. Mamadou Lamine	DIOUF	Medecine Interne (Clinique Médicale I)
	M. Raymond	DIOUF	O.R.L.
	M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
+	M. Ibrahima	FALL	Chirurgie Générale
	M. Lamine	GUEYE	Physiologie
	M. Serigne Magueye	GUEYE	Urologie
	M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
	M. Abdou	KANE	Cardiologie
	M. Assane	KANE	Dermatologie
	M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
	M. Georges	KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
	M. David River	KERE	Cancérologie
	Mme. Aminata	DIACK MBAYE	Pédiatrie
+	M. Ismaïla	MBAYE	Médecine Légale
	M. Amadou Koura	NDAO	Neurologie
	Mme. Mame Awa	FAYE NDAO	Maladies Infectieuses
	Mme. Coura	SEYE NDIAYE	Ophthalmologie
	M. Issa	NDIAYE	O.R.L.
	Mme. Nafissatou	BATHILY NDOYE	Ophthalmologie
	M. Thierno Souleymane	NIANE	Pneumophtysiologie
	M. El Hadj	NIANG	Radiologie
	M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
	M. Youssoupha	SAKHO	Neuro-Chirurgie
+	Melle Anne Aurore	SANKALÉ	Chirurgie Générale
	M. Doudou	SARR	Psychiatrie
	M. Amadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
	M. Birama	SECK	Psychiatrie
	M. El. Hassane	SIDIBÉ	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
	M. Masserigne	SOUMARE	Maladies infectieuses
	M. Charles Mohamed	SOW	Orthopédie-Traumatologie
	M. Daouda	SOW	Psychiatrie
	M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
	M. Mouhamdou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
+	M. Cheikhna	SYLLA	Urologie
	M. Alé	THIAM	Neurologie

+ Chef de Clinique - Assistant Associé
* En stage

* Chef de Clinique - Assistant Associé
+ En stage

ATTACHÉS - ASSISTANTS DES SCIENCES FONDAMENTALES

M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie pathologique
M. Aliou	KEBE	Physiologie
M. El Hadji Alioune	LO	Anatomie
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie Médicale
Mme Catherine	JUGIE THERON	Biophysique (Radio-Immunologie)
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

ATTACHÉS - CHEFS DE CLINIQUES

Mme Mame Coumba	GAYE FALL	Médecine Légale
M. Kalidou	KONTE	Urologie
M. Didier	LEBOULLEUX	Maladies Infectieuses
M. Ismaël	TIDJANI	Urologie



PROFESSEURS TITULAIRES



*	Mme. Ndioro	NDIAYE	Odontologie Préventive et Sociale
---	-------------	--------	-----------------------------------

MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS



M. Ibrahima M. Gilbert	BA LARROQUE	Pédodontie Préventive Odonto-Stomatologie
---------------------------	----------------	--

MAÎTRES-ASSISTANTS



M. Papa Demba Mlle Fatou Mme Charlotte	DIALLO GAYE FATTY NDIAYE	Parodontologie Dentisterie Opératoire Pathologie et Thérapeutiques spéciales
M. Malick	SEMBÈNE	Parodontologie

ASSISTANTS DE FACULTÉ



	Mme Christiane Mme Paulette Mathilde Mme Aïssatou Mme Maïmouna M. Daouda	AGBOTON AGBOTON MIGAN BA TAMBA BADIANE CISSE	Prothèse Dentaire Matières Fondamentales Pédodontie Préventive Dentisterie Opératoire Odontologie Préventive et Sociale
x			
+	M. Falou	DIAGNE	Orthopédie Dento-Faciale
+	M. Boubacar	DIALLO	Odontologie Chirurgicale
	Mme Fatou	DIOP	Pedontie Prévention
	Mme Affissatou	NDOYE DIOP	Dentisterie Opératoire
	Mme Khady	DIOP BA	Orthopédie Dento-faciale
	M. Libasse	DIOP	Prothèse Dentaire
	M. Mamadou Moustapha	GUEYE	Odontologie Préventive et Sociale
+	M. Abdoul Wahabe	KANE	Dentisterie Opératoire
	M. Malick	MBAYE	Dentisterie Opératoire
	M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
	Mme Maye Ndave	NDOYE NGOM	Parodontologie
+	M. Mohamed Talla	SECK	Prothèse Dentaire

*	Personnel en détachement
+	Assistant Associé
x	En stage
+	Assistant Associé

Mme Soukéye
M. Saïd Nour
M. Abdoul Aziz

M. Younes

DIA TINE
TOURE
YAM

YOUNES

Odonto-Stomatologie
Prothèse Dentaire
Pathologie et
Thérapeutiques Dentaires
Prothèse Dentaire

ATTACHÉS
□□□□□

M. Cheikh

NDIAYE

Prothèse Dentaire

PROFESSEURS TITULAIRES

□□□□□

* M. Doudou	BA	Chimie Analytique
* M. Marc	DAIRE	Physique Pharmaceutique
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
* M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie- Virologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

□□□□□

M. Mamadou	BADIANE	Chimie Thérapeutique
M. Emmanuel	BASSÈNE	Pharmacognosie
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
* M. Balla Moussa	DAFFÉ	Pharmacognosie
* M. Babacar	FAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
* M. Omar	NDIR	Parasitologie

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

□□□□□

Mme Geneviève	BARON	Biochimie Pharmaceutique
M. Michel	POTDEVIN	Physique Pharmaceutique
M. Bernard	WILLER	Chimie analytique

MAÎTRES-ASSISTANTS

□□□□□

M. Papa Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique
Mme Anne	RICHARD TEMPLE	Pharmacie Galénique
Mme Urbane	TANGUY SAVREUX	Pharmacie Chimique et Chimie Organique

ASSISTANTS

□□□□□

* Mlle Issa Bella	BAH	Parasitologie
* M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-Virologie
* M. Aynina	CISSE	Physique Pharmaceutique
Mme Aïssatou	GAYE DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata	SALL DIALLO	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
M. Mamadou Sadialiou	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Mouniba	DIARRA	Physique Pharmaceutique

-
- * Professeur Associé
 - * Professeur Associé
 - + Maître de conférences agrégé associé
 - + Maître de conférences agrégé associé
 - + Assistant Associé

Mlle Thérèse
M. Alioune
M. Amadou
M. Ahmédou Bamba K.
Mme Aminata

Mme Monique
M. Modou
Mme Philomène
M. Tharcisse
Mme Maguette Dème
Mme Rita

Mme Aminata

+ Mme Aissatou
M. Elimane Amadou

x M. Oumar
M. Mohamed Archou

DIENG
DIÈYE
DIOUF
FALL
GUEYE SANOKHO

HASSELMANN
LO
LOPEZ
NKULINKIYE MFURA
SYLLA NIANG
BEREHOUNDOUGOU
NONGONIERMA
GUÈYE SANOKHO

GUEYE SANKHARE
SY

THIOUNE
TIDJANI

Parasitologie
Biochimie Pharmaceutique
Toxicologie
Pharmacie Galénique
(Pharmacologie et
Pharmacodynamie)
Toxicologie
Botanique
Biocimie phamaceutique
Chimie Analytique
Biochimie Pharmaceutique

Pharmacognosie
Pharmacologie et
Pharmacodynamie
Toxicologie
Chimie Générale et
Minérale
Pharmacie Galénique
Pharmacologie et
Pharmacodynamie

ATTACHÉS

□□□□□

M. Idrissa
Melle. Ourèye
M. Mohamed
M. Amadou Mactar DIÈYE

M. Alioune Badara DIOP
M. Djibril

M. Aly Coto

Mme Maïmouna

M. Boubacar
Mme Khadissatou SECK FALL
M. Matar

M. Mamadou
M. Alassane

BARRY
DABO
DIAWARA

FALL

NDIAYE

NIANG NDIAYE

NIANE
SECK
SECK

TOURÉ
WELE

Pharmacognosie
Botanique
Physique Pharmaceutique
Pharmacologie et
Pharmacodynamie
Pharmacie Galénique
Pharmacie Chimique et
Chimie Organique
Physiologie Pharmaceutique
(Pharmacodynamie).
Physiologie Pharmaceutique
(Pharmacologie et
Pharmacodynamie)
Chimie Analytique
Hématologie
Pharmacie Chimique et
Chimie Organique
Biochimie Pharmaceutique
Chimie physique

+ Assistant Associé
x En Stage

JE DEDIE

CE TRAVAIL

À mes grands-parents

Pour tous les sacrifices consentis pour moi.

Que Dieu vous accorde longue vie afin que je puisse vous témoigner mon affection et ma reconnaissance.

À mes parents

Vous êtes pour moi un modèle d'honnêteté et de patience.

Que Dieu vous accorde une longue vie afin que je puisse, en retour, vous rendre amour et sollicitude.

À mon mari

Tu as fait preuve de compréhension et de patience à mon égard.

Trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute mon affection.

À mes oncles et tantes

C'est pour moi une heureuse occasion de vous exprimer ma reconnaissance, ma profonde estime, et mon attachement filial.

À mon frère et mes soeurs

Sincère affection.

À mes cousins et cousines

Toute ma tendresse.

À ma belle-mère

Toute ma profonde estime et mon profond respect.

À ma belle famille

Profonde gratitude.

À El Hadji Abdoul Aziz SY

Puisse ALLAH le tout puissant te garder très longtemps auprès de nous.
Respectueuses considérations.

À la famille SY

Profonde gratitude

A tonton Alioune Badara MBENGUE "In memoriam"

Sincère pensée.

A la famille MBENGUE

Puisse cet ouvrage témoigner de ma vive reconnaissance et mes sincères remerciements.

A la famille YACINE. S

Pour les conseils, la confiance et tous les services rendus.
Amitié indéfectible

A tonton Pape et Mamou

Pour votre disponibilité et votre soutien total depuis le début.

A Odile et Bobodia

Vous êtes l'exemple d'une amitié sincère et spontanée.
Puisse le temps resserrer les relations.

A Laïla et son mari

Amitié indéfectible

***Aux familles : KEACK, SAFIEDDINE, MIRANDA, SECK O.,
SECK T., TAMBA, CORENTHIN A, LISHOU C et SOMBORN P.***

Pour leur soutien constant.

Au Docteur A. DIOUF

Pour ton sérieux et ta disponibilité.
Sans toi, ce travail n'aurait été.

Au Docteur E.O. FAYE

Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité à tout moment.

A tout le personnel de la maternité de l'hôpital A. le DANTEC.

***A tout ceux qui de près ou de loin ont contribué à
l'achèvement de ce travail.***

***A tous mes Camarades de Promotion de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie.***

AU MAROC : "Ma chère Patrie"

Au SENEGAL : "Pays Hôte"

A NOS MAITRES
ET
JUGES

A notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Ibrahima WONE

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse.

Au cours de nos études nous avons eu à maintes reprises l'occasion d'apprécier la richesse et la clarté de votre enseignement; l'intérêt manifeste que vous portez à la formation de vos étudiants et votre attitude paternelle, vous ont fait aimer de tous.

Veuillez croire, Maître, à notre haute considération et à notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Adrien DIOP

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

Nous avons fait appel à votre jugement, connaissant votre grande expérience, votre compétence clinique et votre sens du devoir qui n'ont d'égal que la grandeur de vos qualités humaines.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde estime et notre reconnaissance

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Mohamadou FALL

Vous avez spontanément et avec beaucoup de courtoisie accepté de siéger parmi le jury de notre thèse.

Vos connaissances étendues, votre esprit méthodique, votre droiture et votre conscience professionnelle vous ont valu l'admiration de tous.

Nous nous enorgueillissons d'avoir été votre élève.

Soyez assuré de notre indéfectible attachement et de notre profonde et vive gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Fadel DIADHIOU

Vous nous avez suggéré ce sujet, et par la suite, nous avez grandement facilité la tâche, par la chaleur de votre accueil, votre simplicité et votre disponibilité permanente. Sans votre patiente indulgence, votre dévouement et votre compréhension, ce travail n'aurait pu aboutir.

Veuillez trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

“Par délibération, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ou improbation”.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: PROBLEMATIQUE	
I - HISTORIQUE ET EVOLUTION DES IDEES	4
II - PARTICULARITES.....	6
1 - DEFINITION.....	6
2 - MODES	6
3 - REPERE	7
4 - DIAMETRES.....	7
5 - ETIOLOGIES - FACTEURS FAVORISANTS.....	8
5.1 Facteurs maternels.....	8
5.2 Facteurs ovulaires	9
5.3 Facteurs foetaux	9
6 - MECANIQUE OBSTETRICALE	10
6.1 Accouchement eutocique	10
6.2 La dystocie.....	12
III - CONDUITE A TENIR.....	14
1 - DIAGNOSTIC.....	14
2 - BILAN PRONOSTIQUE.....	14
2.1 Critères d'évaluation du pronostic foetal	14
2.2 Evaluation d'un coefficient de risque.....	15
3 - CONDUITE A TENIR.....	16
4 - SIEGE ET ANESTHESIE PERIDURALE.....	17
IV - PRONOSTIC FOETAL.....	18
1 - MORTALITE.....	18
2 - MORBIDITE	18
2.1 Lésions traumatiques.....	18
2.2 Lésions asphyxiques.....	19
DEUXIEME PARTIE: CONTRIBUTION PERSONNELLE	
I - OBJECTIFS.....	22
II - METHODOLOGIE	22
1 - CADRE D'ETUDE	22
1.1 Les locaux.....	22
1.2 Le personnel et responsabilités	23
2 - TYPE ET DUREE D'ETUDE.....	25
3 - POPULATION D'ETUDE	25
4 - LA CONSTITUTION DES DOSSIERS.....	25
5 - LOGICIELS ET TESTS STATISTIQUES UTILISES	26
III - RESULTATS.....	27
1 - FREQUENCE.....	27
1.1 Absolue.....	27
1.2 Relative	27
1.3 Provenance	28

2 - PROFIL MATERNEL	29
2.1 Age.....	29
2.2 Parité.....	30
2.3 Parité et Mode de siège	31
2.4 Poids.....	31
2.5 Taille	32
2.6 Bassin obstétrical / Pelvimétrie clinique	33
2.7 Antécédents	34
3 - FACTEURS PREDISPOSANTS.....	35
3.1 Foetaux	35
3.2 Annexiels.....	36
4 - GRAVIDITE	37
4.1 Suivie la grossesse.....	37
4.2 Incidents et Accidents.....	39
5- PARTURITION	40
5.1 Eutocie	40
5.2 Dystocie	41
5.3 Mode de siège et Mode d'accouchement.....	43
5.4 Evacuation et Mode d'accouchement.....	45
6 - PRONOSTIC MATERNEL	47
6.1 Mortalité	47
6.2 Morbidité	47
7 - NOUVEAU- NE.....	48
7.1 Etat foetal à la naissance	48
7.2 Sexe.....	50
7.3 Les éléments anthropométriques.....	50
7.4 Morbidité	53
7.5 Mortalité.....	54
8 - LES ELEMENTS DU PRONOSTIC FOETAL.....	55
8.1 Facteurs maternels.....	55
8.2 Facteurs foetaux	58
8.3 Facteurs Obstétricaux	60
8.4 Facteurs liés à la parturition	62

^RTOISIEME PARTIE: COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I - INCIDENCE.....	67
II -PROFIL MATERNEL.....	68
1 - AGE.....	68
2 - PARITE	68
3 - POIDS.....	69
4 - TAILLE.....	69
5 - BASSIN OBSTETRICAL.....	69
6 - ANTECEDENTS	70
III - LES FACTEURS FAVORISANTS.....	71
1 - FOETAUX	71
1.1 La prématurité.....	71
1.2 La Gémellité.....	72
1.3 Les malformations.....	72
2 - ANNEXIELS	73
2.1 Placenta praevia.....	73
2.2 Brièveté du cordon ombilical.....	73
2.3 Anomalies de volume du liquide amniotique.....	73

IV - PARTURITION.....	74
V - PRONOSTIC.....	75
1 - FOETAL	75
1.1 Global.....	75
1.2 Les facteurs du pronostic foetal.....	76
1.3 La mortalité.....	81
2 - MATERNEL	82
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXE	101

ABREVIATIONS

CES	: Certificat d'Etudes Spéciales
CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
DC	: Dilatation Complète
ENDSS	: Ecole Nationale de Développement Social et Sanitaire
ENETF	: Ecole Nationale d'Enseignement Technique Féminin
GES	: Grande Extraction du Siège
HRP	: Hématome Rétro-placentaire
NS	: Non significatif
PEA	: Petite Extraction Aidée
PP	: Placenta Praevia
OR _B	: Odd Ratio Brut
RPM	: Rupture Prématuration des Membranes
SDC	: Suites de Couches
SIDA	: Sacro Iliaque Droite Antérieure
SIDP	: Sacro Iliaque Droite Postérieure
SIGA	: Sacro Iliaque Gauche Antérieure
SIGP	: Sacro Iliaque Gauche Postérieure
X ² _{MH}	: CHI ² de Mantel Haenszel

INTRODUCTION

De tout temps, l'accouchement en présentation du siège a préoccupé les obstétriciens du fait d'une mortalité et d'une morbidité foetales élevées. Ainsi, la conduite à tenir devant une telle présentation a été et demeure encore sujet de discussions.

Celles-ci ont longtemps porté sur les manoeuvres à effectuer pour extraire le fœtus par voie basse, les partisans de l'accouchement spontané s'opposant aux tenants de l'extraction plus ou moins systématique par voie haute.

Puis, la sécurité entourant l'opération césarienne depuis deux décennies, en rapport avec les progrès de réanimation et de néo-natalogie, a permis d'en étendre considérablement les indications. La prévention du traumatisme obstétrical, préoccupation majeure de l'obstétricie moderne et la mauvaise réputation de la présentation podalique sur le devenir de l'enfant, ont conduit certains auteurs occidentaux (KUBLI en Allemagne, BOWES et WRIGHT aux Etats Unis) à adopter une généralisation quasi systématique de la césarienne.

Cependant, cet avis n'est pas partagé par certains auteurs africains. EL BAKALI (MAROC), juge que le danger couru par le fœtus devrait être mis en balance avec l'augmentation du risque que fait courir la césarienne à la mère. PICAUD (GABON), déclare que dans les conditions socio-économiques africaines, il n'est pas possible de réaliser 30 à 40% de césariennes comme le propose la littérature. La nécessité de procréation et le risque de rupture des cicatrices utérines (5%) imposent de respecter dans la mesure du possible les accouchements par voie basse.

Alors, quelle option choisir ?

L'attitude à adopter dépend avant tout des résultats de l'étude soigneuse du statut maternel et des différents éléments du pronostic obstétrical propre à chaque contexte.

C'est ainsi que nous avons entrepris ce présent travail portant sur 293 accouchements en présentation du siège recensés du 17 Octobre 1991 au 16 Octobre 1992 afin :

- d'évaluer l'incidence de la présentation du siège,
 - d'apprécier les différents éléments pronostiques maternels et foetaux,
- dans le but de tirer une conclusion pratique concernant une attitude obstétricale à adopter face à cette présentation.

PREMIERE PARTIE:
PROBLEMATIQUE

I - HISTORIQUE ET EVOLUTION DES IDEES

La présentation du siège possède une mauvaise réputation justifiée puisque "les taux de mortalité et de morbidité foetales y dépassent de loin ceux des autres présentations" (69).

Raison pour laquelle le siège a toujours fait l'objet de travaux riches d'enseignements.

Ainsi, déjà 450 ans avant Jésus-Christ, **HIPPOCRATE** affirmait que l'expulsion d'un fœtus en présentation céphalique résultait de ses efforts de poussée, ses pieds s'arc-boutant contre le fond utérin. De ce fait toute présentation autre que céphalique nécessitait une version (17).

En 1825, Madame **Marie-Louise LA CHAPELLE** préconisait déjà l'abstentionnisme. Cependant, excepté **BRINDEAU** qui en 1907 à la suite de madame **LA CHAPELLE** prône l'abstention, pour la plupart des auteurs de l'époque, la présentation du siège restait justiciable d'une intervention obstétricale (17).

Un siècle plus tard (1938), la méthode de **BRACHT** vit le jour consistant à soutenir le siège pour le soustraire de la pesanteur au moment de l'expulsion, avec pour résultat une diminution notable de la mortalité néo-natale (17) qui tombe de 11% à 1,47% (29). Cette méthode est reprise en 1953 par **DESMOULIN** (23) qui constate qu'en l'appliquant de façon systématique, on obtient une nette amélioration du pronostic foetal.

Mais devant la persistance du risque d'une rétention de tête dernière, **MAURICEAU** mettait au point une méthode encore de mise actuellement, et qui répond à la description suivante:

"Introduire l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plan ventral du fœtus, dans la bouche de celui-ci jusqu'à la base de la langue; placer le fœtus à cheval sur l'avant-bras; les doigts de l'autre main sont placés de chaque côté du cou du fœtus sans être recourbés en crochet; fléchir la tête, puis la tourner

en amenant l'occiput sur la ligne médiane, dos en avant; abaisser la tête en amenant le sous-occiput sous la symphyse; fléchir lentement la tête pour la dégager de l'anneau vulvaire, en même temps que le corps du fœtus est doucement relevé" (52).

En 1947, VERMELIN et RIBON démontrent que l'accouchement par le siège est eutocique et souscrivent à nouveau à l'abstentionnisme (29).

GRANJON à Bordeaux en 1954 (17,38), préconisait à son tour la grande extraction systématique à dilatation complète. Cette attitude fut bannie un an plus tard par RIVIERE, CHASTRUSSE et MAHON (Bordeaux) (17). En 1973, COLETTE à Besançon (18) proposait de la remplacer par le vacuum extractor en cas de siège décomplété.

Devant les progrès apportés à la surveillance obstétricale, SALING en 1975 (62), pour réduire à la fois les risques maternels et fœtaux, préconise au cours de la grossesse la version par manoeuvre externe, sous tocolytiques, après échographie, avec enregistrement des bruits du cœur fœtal : il enregistre 75% de résultats positifs.

A l'opposé, KUBLI (40,44), conseille de pratiquer souvent, sinon systématiquement la césarienne, "dans tous les cas de présentation du siège avec fœtus viable" car les deux risques majeurs de l'accouchement par voie basse sont l'acidose et l'asphyxie du fœtus qui sont trois à dix fois plus fréquentes que dans les autres présentations.

VARANGOT et ROUVILLOIS en 1976 (61), ont présenté les résultats d'une démarche obstétricale concernant l'accouchement par siège et visant à améliorer le pronostic en pratiquant une version par manoeuvres externes, ou en pratiquant une césarienne dès que le moindre risque est suspecté. Elle a permis de réduire la mortalité fœtale à 0,5%, mais de porter le taux de césarienne à 30% environ.

DUBOIS (Rennes) en 1980 (27), et BESSAGUET (Bordeaux) en 1981 (8), insistent sur la gravité de la prématurité dans les accouchements en présentation du siège, pour laquelle, ils préconisent la césarienne.

Très récemment, en 1984, ZAVANELLI, auteur américain décrit une manoeuvre à laquelle il donna son nom: elle consiste à réintégrer dans l'utérus un fœtus bloqué partiellement dans le vagin par une dystocie des épaules ou une rétention de tête dernière et de l'extraire par césarienne, elle représente une indication controversée de césarienne en urgence (32,63).

Depuis, plusieurs écrits ont été publiés, les auteurs s'efforçant chacun de réduire au maximum les taux de mortalité et morbidité foetales en modifiant leur attitude en fonction de la cotation allouée aux facteurs de risques déterminés au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

II - PARTICULARITES

1 - DEFINITION

La présentation du siège, également appelée présentation podalique ou pelvienne, est une présentation longitudinale au cours de laquelle le fœtus se présente au détroit supérieur par son extrémité caudale, alors que son pôle céphalique occupe le fond utérin.

La fréquence de cette présentation se situe entre 3 et 4% (55).

2 - MODES

On décrit deux modes principaux :

- Le mode complet : représente 25 à 30% des présentations de siège. Dans cette présentation, les jambes sont fléchies sur les cuisses, elles mêmes fléchies sur l'abdomen. Le fœtus est assis "en tailleur", les membres inférieurs sont repliés devant la présentation dont ils font partie et dont ils augmentent les dimensions.

C'est le mode le plus volontiers retrouvé chez la multipare.

- Le mode décomplété ou mode des fesses est le plus fréquent: 70 à 75% des sièges. Ici, les membres inférieurs sont étendus en attelle devant le tronc, les jambes en extension totale, de sorte que les pieds se trouvent à hauteur de la tête foetale.

Cette présentation est préférentiellement rencontrée chez la primipare ou la multipare âgée.

Les auteurs américains insistent sur ce qu'ils nomment le "footling breech", plus rare et qui correspond à ce que les européens individualisaient sous le terme de "mode des genoux ou des pieds" et donc à un siège complet où les membres inférieurs se sont déplacés, ce qui constitue évidemment une source de complications.

3 - REPERE

Défini pour chaque présentation, le repère est ici, le sacrum. Sa situation permet de définir quatre variétés de siège, qui sont par ordre de fréquence :

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

4 - DIAMETRES

Compte-tenu de la marche de l'accouchement, trois diamètres correspondant aux trois étapes de l'accouchement sont à prendre en considération:

- Bitrochantérien : 9 cm qui correspond au siège
- Bisacromial : 12 cm qui correspond aux épaules; et qui par tassement peut être ramené à 9 cm
- Bipariétal : 9 cm qui correspond à la tête

5 - ETIOLOGIES - FACTEURS FAVORISANTS

"Il n'y a pas de siège sans cause" a écrit MERGER (52).

Sans être dystocique, la présentation du siège ne peut être considérée comme présentation tout à fait normale puisqu'elle résulte d'une perturbation du mécanisme d'adaptation du fœtus à l'utérus. En effet, d'après la loi d'accommodation de PAJOT, le contenu s'adapte au contenant, de ce fait la partie la plus volumineuse du fœtus (le pôle podalique) doit occuper la zone la plus vaste de l'utérus, le fond; et le pôle céphalique, la partie inférieure de l'utérus.

Plusieurs facteurs jouent un rôle dans la genèse de la présentation du siège en créant un trouble de l'adaptation. Nous pouvons les classer en trois groupes de causes.

5.1 Facteurs maternels

5.1.1 Utérus et annexes

- La primiparité :

Les utérus mal étoffés ou malformés et manquant de souplesse de certaines primipares imposent souvent une présentation du siège.

L'hypoplasie lui est fréquemment associée, et les accouchements sont souvent compliqués de dystocie dynamique.

- La multiparité :

L'utérus de la multipare, hypotonique, vaste et complaisant, ne peut plus agir sur le mobile foetal, donc se prête à toutes les présentations avec une fréquence assez élevée de siège complet.

- Les malformations utérines :

Les utérus unicornes, didelphes, cordiformes ou cloisonnés agissent par le biais de l'étroitesse et l'hypotrophie utérine qui les caractérisent et sont responsables de présentation du siège récidivante.

- Les tumeurs praevia :

Il s'agit de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin déformant la cavité et pouvant gêner ainsi l'accommodation.

5.1.2 Liés au bassin osseux

On incrimine les rétrécissements du détroit supérieur, dont l'influence théoriquement possible, serait peu importante en pratique (28).

5.2 Facteurs ovulaires

5.2.1 Insertion basse du placenta

Elle gêne l'accommodation céphalique normale.

5.2.2 Modifications de volume du liquide amniotique

Elles peuvent perturber l'adaptation du contenu au contenant, selon qu'il y ait excès (hydramnios), ou au contraire insuffisance (oligoamnios).

5.2.3 Briéveté du cordon

Primitive ou secondaire à des circulaires ou bretelles, elle empêche la mutation du septième mois.

5.2-4 Grossesse gémellaire ou multiple

Les foetus s'adaptent l'un à l'autre plus qu'à la cavité utérine.

5.3 Facteurs foetaux

5.3.1 La prématurité

Plus la grossesse est jeune, plus le foetus a des chances d'être surpris en position vicieuse lors d'un accouchement prématuré (car n'accomplissant sa rotation que passée la 28ème/29ème semaine).

5.3.2 L'hypotrophie foetale

Dans ce cas, le volume du fœtus joue un rôle important, et on retrouve la notion du contenant trop grand pour un contenu trop petit.

5.3.3 Malformations

- Hydrocéphalie

La tête plus volumineuse que le pôle pelvien, se présentant dans ce cas par le siège, obéit à la loi d'accommodation de PAJOT : le pôle le plus gros occupe la partie la plus vaste de l'utérus.

- Anencéphalie

Bien souvent, aucune étiologie particulière n'est retrouvée. C'est pourquoi, il faut tenir compte de tout élément pouvant jouer un rôle dans la genèse de cette présentation dès qu'il existe car il peut être source de difficultés obstétricales ou de morbidité foetale.

6 - MECANIQUE OBSTETRICALE

6.1 Accouchement eutocique

Nous décrivons les trois accouchements successifs que distinguaient les classiques : accouchement du siège, des épaules, et de la tête, avec pour chacun, les temps d'engagement, de descente et rotation, et de dégagement.

- Accouchement du siège

L'engagement est précédé d'une orientation qui amène le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin, le diamètre droit est le plus souvent emprunté; le tassement est surtout nécessaire pour le siège complet, puis le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur. L'engagement toujours facile et précoce dans le siège décompleté est plus laborieux dans le siège complet.

Le siège ainsi engagé descend dans l'excavation et effectue une rotation en spirale sur le périnée, amenant de ce fait le bitrochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Selon qu'il s'agit d'une sacro-iliaque antérieure ou postérieure, la rotation se fait en arrière ou en avant.

Lors du dégagement du siège, la hanche antérieure se cale sous la symphyse pubienne, puis la postérieure parcourt la concavité sacro-coxygienne et le périnée postérieur jusqu'à ce qu'elle franchisse la commissure vulvaire.

- Accouchement des épaules

Le diamètre d'engagement est différent selon la variété.

- Dans les variétés antérieures, il est le même que celui qu'a utilisé le bitrochantérien. Ceci s'explique par le mouvement de restitution que fait le bitrochantérien hors de la vulve après le dégagement des deux membres inférieurs.

- Lorsqu'il s'agit de variété postérieure, l'accouchement des épaules est précédé d'une rotation d'arrière en avant qui place le diamètre bisacromial dans le diamètre oblique perpendiculaire.

La descente s'accompagne d'une seconde rotation qui place le bisacromial dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

L'épaule antérieure se cale sous la symphyse tandis que la postérieure parcourt le périnée.

- Accouchement de la tête dernière

Pendant que se déroule la descente et le dégagement des épaules, la tête va s'engager à condition qu'elle soit bien fléchie, occiput tourné en avant; condition remplie par solidarisation du tronc et de la tête. Le sous-occiput se cale sous la symphyse pubienne et grâce à ce point d'appui, le menton, la face, le front puis le crâne se dégagent au niveau de la commissure postérieure.

6.2 La dystocie

Au cours de l'évolution du travail et de l'accouchement en présentation du siège, différents types de dystocies peuvent survenir.

6.2.1 Dystocies communes

- Les dystocies mécaniques

** Défaut d'engagement*

Dans le siège complet, il arrive que l'engagement ne se produise pas, l'amointrissement des diamètres étant insuffisant.

Ce défaut d'engagement peut aussi témoigner d'une disproportion foeto-pelvienne : macrosomie foetale ou bassin rétréci.

** Défaut de progression*

La progression peut être ralentie ou interrompue dans l'excavation surtout en cas de siège décomplété à cause des membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc empêchant l'incurvation latérale.

- La dystocie dynamique

C'est la plus fréquente et la plus facile à résoudre pour un praticien expérimenté, car sa persistance est une indication impérative de voie haute.

Cette dystocie dynamique peut être d'origine utérine (contractions utérines inefficaces, de mauvaise qualité) et/ou d'origine cervicale (anomalies de la dilatation : stagnation ou lenteur). Ces deux causes sont interdépendantes. Ceci est corroboré par la thèse de **MISSION**: "la qualité de la contraction utérine qui assure le tassement, la cohésion du mobile foetal, le pousse dans le segment inférieur, efface et dilate le col".

- La rupture prématurée des membranes

Elle est deux fois plus fréquente que dans les présentations céphaliques, notamment dans les sièges complets. Elle favorise les procidences de membres et/ou de cordon et est souvent le prélude à des anomalies de la dilatation. Ses conséquences sont particulièrement fâcheuses puisque LACOMME, en 1956 déjà, voyait la mortalité périnatale doubler dans ce cas (45).

- Souffrance foetale

Une souffrance foetale peut survenir à tout moment, au cours du travail ou de l'accouchement. Ceci s'explique, par la lenteur de l'accouchement, et son mécanisme qui expose le fœtus, ici plus qu'ailleurs, à l'anoxie.

6.2.2 Dystocies propres

Ce sont essentiellement des dystocies d'expulsion, pouvant être le résultat d'une dystocie dynamique ou d'une erreur thérapeutique. Les principales sont les suivantes:

- Le relèvement des bras

Il est souvent dû à une erreur technique (par traction intempestive sur les membres inférieurs, ou expression abdominale) ou à des efforts expulsifs prématurés à travers un col insuffisamment dilaté.

Cette dystocie peut survenir spontanément et de nombreux auteurs proposent de la prévenir par des manoeuvres dites "préventives du relèvement des bras" (50,53):

- * manoeuvre de DEVENTER-MULLER : qui a pour but de faire dégager spontanément une épaule, l'épaule antérieure.

- * manoeuvre de LOVSET: manoeuvre de double rotation axiale permettant le dégagement des bras.

- La rétention de tête dernière

Elle crée une situation dramatique survenant après l'expulsion du siège et du tronc. La rétention peut se situer à trois niveaux:

. au dessus du détroit supérieur : signant une disproportion foeto-pelvienne, une rotation en arrière du dos avec un accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse, ou la déflexion de la tête ;

. au niveau du détroit moyen ou du détroit inférieur. Au dessus du col elle est le résultat de l'expulsion du corps foetal à travers un col insuffisamment dilaté, d'autant plus fréquente que la tête est anormalement volumineuse par rapport au corps ; la rétention dans un vagin atrésique ou au niveau d'un périnée résistant ou trop court est possible. Elle est la plus facile à vaincre par une large épisiotomie et la moins dramatique de ces situations.

Les conséquences traumatiques foetales sont évidemment bien différentes selon le niveau et la cause de la rétention. Toute disproportion céphalo-pelvienne peut entraîner des lésions du crâne et la lenteur de l'extraction conditionnera le degré d'anoxie.

III - CONDUITE A TENIR

1 - DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la présentation du siège doit être fait au plus tard lors du dernier mois de la grossesse pour pouvoir décider des modalités d'accouchement en fonction des facteurs de risque.

Le diagnostic est suspecté sur les données cliniques et confirmé par l'échographie.

2 - BILAN PRONOSTIQUE

2.1 Critères d'évaluation du pronostic foetal

Ils sont pour la plupart des auteurs de deux ordres : maternels et foetaux.

L'étude du fœtus porte sur

- la maturité (prématuré, post mature),
- le volume foetal (hauteur utérine, diamètre bipariétal, diamètre abdominal transverse),
- l'attitude de la tête foetale (contenu utérin),
- le mode de la présentation : (siège complet, siège décomplété), et
- la vitalité foetale (RCF et amnioscopie).

Les Facteurs maternels concern ent

- l'état général de la mère,
- le bassin osseux (radiopelvimétrie surtout chez la primipare),
- l'utérus : parité, cicatrice ou mal formation, et
- l'état des parties molles.

2.2 Evaluation d'un coefficient de risque

Certains auteurs ont jugé utile de pratiquer une évaluation clinique et paraclinique avec cotation du risque d'accouchement par le siège (CRAS). C'est un coefficient prenant en compte : la parité, la taille maternelle , le bassin osseux, l'attitude de la tête foetale, le poids foetal, la qualité de l'utérus et celui des parties molles (21,60).

Tableau I : Coefficient du risque d'accouchement par siège

PARITE	I. âgée C=4	I-II C=2	III C=1	IV C=0
TAILLE	< 1.50	1.50 - 1.60	> 1.60	
	C = 4	C = 1	C = 0	
BASSIN	Vicie	Limite	Normal	
	C=10	C=1	C = 0	
TETE	Stade 4	Stade 3	Stade 1-2	
	C = 4	C = 2	C = 0	
POIDS	> 3 KG		< 3 KG	
	C = 2		C = 0	
UTERUS	Cicatriciel	Malformé	Normal	
	C = 8	C = 2	C = 0	
PARTIES MOLLES	Hypoplasiques		Normales	
	C = 3		C = 0	

Lorsque le score atteint dix (10) points, une césarienne est décidée avant tout début du travail.

Au terme de ce bilan pronostique, une conduite est décidée.

3 - CONDUITE A TENIR

Au terme du bilan pronostique, des indications de césarienne prophylactique peuvent se dégager.

Pour les présentations du siège où il n'existe pas d'indication de césarienne de principe, il existe selon les auteurs plusieurs attitudes possibles :

- * Des attitudes préventives qui cherchent à réduire ou à empêcher l'accouchement par voie basse en présentation du siège:

- soit la césarienne systématique avant tout début du travail largement préconisée par les auteurs anglo-saxons,

- soit une version par manoeuvres externes à la 36^{ème} semaine qui transforme la présentation du siège en présentation du sommet.

- * Soit des attitudes de traitement cas par cas de l'accouchement en présentation du siège.

L'école Bordelaise (HOROVITZ en 1982) a proposé une conduite de l'accouchement en présentation du siège qui inspire la ligne de conduite dans notre pratique. La méthode Bordelaise est une conduite thérapeutique qui sélectionne les sièges qui accoucheront par voie basse en fonction du déroulement de l'accouchement. Le principe empirique de la méthode Bordelaise est que "l'accouchement constitue une entité à déroulement harmonieux dont l'étude du déroulement laisse présager de la fin". Pour l'école Bordelaise, "l'expulsion vaudra ce que vaut la contraction utérine beaucoup plus que ne valent les éléments statiques du problème; la clef du problème est la qualité de la contraction utérine qui assure le tassement, et la cohésion du mobile foetal, le pousse dans le segment inférieur, efface et dilate le col".

Cette conduite consiste :

- à faire dans tous les accouchements en présentation du siège une épreuve du travail sur "le col" dans tous les cas où on l'aurait tenté avec un sommet après radiopelvimétrie et échographie ;

- à respecter la poche des eaux jusqu'à dilatation complète ;

- à ne pas donner de médication pendant la dilatation hormis les antispasmodiques ;

- à rompre les membranes à dilatation complète lorsque le siège est sur le périnée ;

- à appliquer la méthode de Bracht en même temps qu'un aide maintient le fond utérin appliqué sur l'ovoïde foetal.

Si on note une anomalie de la dilatation, de l'engagement ou de la descente, on réalise alors une césarienne.

4 - SIEGE ET ANESTHESIE PERIDURALE

L'anesthésie péridurale pour l'accouchement en présentation de siège demeure l'objet de discussions.

Elle ne permet pas la mise en oeuvre de la méthode Bordelaise qui fait une épreuve du travail sur le col et qui juge la qualité de la contraction utérine (41).

Certains auteurs l'utilisent à condition qu'elle soit mise en oeuvre assez tôt au cours de l'évolution du travail pour que son action soit estompée au moment de l'expulsion.

D'autres soulignent qu'elle augmente la durée du travail (13), diminue le réflexe maternel d'expulsion, augmente les manoeuvres d'extraction (71).

Enfin, elle augmenterait le taux de césariennes (41).

IV - PRONOSTIC FOETAL

1 - MORTALITE

Elle est beaucoup plus grande que dans la présentation céphalique, pour plusieurs raisons, notamment :

- la prématurité, plus fréquente, et
- le taux des malformations, plus élevé.

Ces facteurs éliminés, la mortalité périnatale (0,4%) reste trois fois plus élevée que dans la présentation céphalique (0,13%).

2 - MORBIDITE

La morbidité foetale est l'ensemble des lésions de nature et de gravité différentes pouvant laisser des séquelles d'importance variable, susceptibles de perturber l'avenir des enfants nés par le siège.

Les lésions rencontrées sont de divers ordres et sont liées à deux causes essentielles : traumatisme et anoxie.

2.1 Lésions traumatiques

Les traumatismes obstétricaux sont plus fréquents au cours des présentations pelviennes (2).

2.1.1 Lésions vasculaires

Telles les hémorragies cérébro-méningées avec déchirure de la tente du cerveau, qui résultent d'une hypertension intracrânienne, d'une fragilité vasculaire liée à l'anoxie et à l'accouchement à rebrousse-poil qui entraîne une accumulation de sang dans la partie céphalique responsable de suffusions hémorragiques. Ce risque est majoré par les manoeuvres obstétricales.

2.1.2 Lésions nerveuses et osseuses

Les lésions bulbaires et médullaires cervicales, sont très souvent liées à une déflexion primitive de la tête foetale, parfois à des tractions au niveau du cou. On peut en effet à travers différentes statistiques estimer à plus de 20% l'incidence de survenue d'une section complète de la moelle cervicale basse lors des hyperextensions céphaliques (49).

Les paralysies du plexus brachial font suite à des manoeuvres d'extraction intempestives ou encore à l'accouchement de la tête dernière en déflexion.

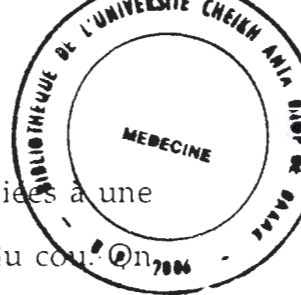
Les lésions osseuses, à type de fractures ou de luxations, intéressent habituellement la clavicule, l'humérus ou l'articulation coxo-fémorale.

2.1.3 Lésions viscérales

Exceptionnelles, elles concernent le foie, les reins, ou les surrénales. Elles surviennent par pression intempestive sur l'abdomen lors des manoeuvres d'abaissement du corps. L'accouchement par le siège entraîne également, dans un certain nombre de cas, une infiltration hématique du testicule et du cordon, et semble être un facteur favorisant la torsion du testicule. L'examen minutieux et répété des bourses est donc indiqué chez tout foetus de sexe masculin né par le siège (65).

2.2 Lésions asphyxiques

L'anoxie est le premier facteur de risque foetal (16). DUBOIS (27) l'a expliqué de la manière suivante : au cours de l'accouchement, la compression du cordon (lors du passage dans la filière pelvienne de l'abdomen foetal) crée un état hypoxique qui peut être néfaste s'il se prolonge. Tout incident lors de l'expulsion (relèvement des bras, difficultés sur la tête dernière) va aggraver les conséquences neurologiques. L'acidose sévère est de 10% dans les présentations du siège contre 1% dans les autres cas (27,28).



Il apparaît ainsi que le pronostic vital et plus encore le pronostic fonctionnel du fœtus se trouvent particulièrement exposés par rapport aux accouchements par la présentation du sommet.

Bien que la présentation du siège soit loin de constituer une présentation dystocique au même titre que le front ou l'épaule, on ne saurait nier que cet accouchement se présente comme "un accouchement à risque" ce qui doit conditionner une conduite pratique armée (28).

DEUXIEME PARTIE:
CONTRIBUTION
PERSONNELLE

I - OBJECTIFS

Ils sont les suivants :

- estimer l'incidence des accouchements par présentation de siège,
- décrire le profil maternel,
- déterminer l'importance de facteurs favorisant incriminés dans la survenue de la présentation du siège,
- évaluer la mortalité et la morbidité foeto-maternelles au cours de l'accouchement en présentation du siège.

II - METHODOLOGIE

1 - CADRE D'ETUDE

La clinique Gynécologique et Obstétricale, Maternité-Ecole du CHU Aristide LE DANTEC nous a servi de cadre d'étude.

1.1 Les locaux

La clinique comporte trois niveaux :

- Un rez de chaussée avec :

* Un service d'accueil comprenant

- un service d'urgences;

- un service de consultations externes avec :

. un volet clinique et thérapeutique (gynécologie, planification familiale),

. un volet social;

- un service d'état civil.

* Un pavillon de gynécologie médicale et chirurgicale, d'une capacité de 12 lits;

* Une unité de néonatalogie : annexe de la clinique gynécologique et obstétricale, mais placée sous la direction médicale de la chaire de pédiatrie du CHU de DAKAR;

* Une banque de sang.

- Au premier étage

- * Le secteur administratif: bureaux et salles de garde des médecins et étudiants;
- * le complexe du bloc opératoire avec :
 - trois salles d'intervention chirurgicale,
 - une salle de réveil post-opératoire d'une capacité de 8 lits,
 - une unité de réanimation d'une capacité de 4 lits;
- * une salle d'échographie;
- * une pharmacie;
- * deux salles de grossesses pathologiques d'une capacité globale de 21 lits;
- * une salle d'accouchement d'une capacité de 13 lits et 4 tables d'accouchement.

- Au deuxième étage

- * des salles de suites de couches : normales (30 lits) pathologiques (20 lits) et mûlaires (8 lits);
- * une unité d'hospitalisation en chambre individuelle (11 cabines);
- * un bloc d'enseignement comprenant :
 - une salle de réunion,
 - un amphithéâtre.

1.2 Le personnel et responsabilités

La clinique Gynécologique et Obstétricale, Maternité-Ecole est située dans l'enceinte du CHU Aristide Le DANTEC. Elle a une activité hospitalière intense, de par le flux des patientes qui y sont reçues avec 15 à 20 accouchements par jour.

Elle a une triple vocation :

- de recherches spécialisées
- de soins : référence ultime de la pyramide sanitaire maternelle
- d'enseignement :
 - * siège permanent d'enseignement universitaire et post universitaire,
 - * recyclage périodique du personnel médical et para-médical.

La clinique est tenue par un personnel :

- Médical du CHU

- * un (1) professeur titulaire de chaire,
- * un (1) professeur agrégé,
- * six (6) assistants - chefs de cliniques,
- * un (1) médecin anesthésiste-réanimateur,
- * deux non internes des hôpitaux,
- * quatre (4) faisant-fonctions d'interne.

- En formation

- * vingt-quatre (24) médecins-CES,

- Paramédical

- * une (1) maîtresse sage-femme (puéricultrice),
- * quarante-cinq (45) sages-femmes réparties entre le service général et la garde,
- * un (1) infirmier d'état assure le rôle de Major de service.

- Soutien

- * neuf (9) garçons et filles de salle.

- Stagiaires

- * étudiants en médecine (7 ème année, 5ème année, 2ème année),
- * étudiants en pharmacie (4ème année),
- * élèves sages-femmes,
- * stagiaires de l'ENDSS et de l'ENETF.

2 - TYPE ET DUREE D'ETUDE

Notre étude prospective type exposés - non exposés s'est étalée sur une année, soit du 17 Octobre 1991 au 16 Octobre 1992.

3 - POPULATION D'ETUDE

A partir d'une population de base composée des parturientes admises en salle d'accouchement, nous avons constitué deux lots égaux de parturientes :

- Le premier groupe concerne des parturientes ayant accouché par présentation du siège.

- Le deuxième groupe rassemble des parturientes appariées à celles du premier groupe.

A chaque parturiente ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège, on associe une parturiente témoin de parité similaire, ayant accouché par voie basse d'un fœtus en présentation du sommet.

4 - LA CONSTITUTION DES DOSSIERS

L'élaboration des dossiers (voir annexe), s'est faite avant le début du recrutement.

Les dossiers sont remplis, en salle d'accouchement après diagnostic de la présentation du siège et complétés en salle de suites de couches.

Les renseignements sont consignés suivant un système de codage des réponses :

- Chez la mère

- * Identité
- * Antécédents : médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux
- * Suivi de la grossesse
- * Examen général et obstétrical
- * Parturition
- * Accouchement

- * Délivrance

- * Suites de couches

- Chez l'enfant

- * Les Apgars à la naissance (M1, M5)

- * Données anthropométriques

- * L'examen clinique

Un examen clinique est effectué au septième (7ème) jour pour les mères et les nouveau-nés.

5 - LOGICIELS ET TESTS STATISTIQUES UTILISES

Nous avons utilisé le logiciel Gold pour le traitement statistique des données.

Pour la comparaison des moyennes et des pourcentages des patientes et des témoins, nous avons eu recours respectivement au test de Student et au test de CHI2 (X2).

III - RESULTATS

1 - FREQUENCE

1.1 Absolue

Du 17 Octobre 1991 au 16 Octobre 1992, 5452 accouchements ont été effectués à la maternité du CHU de DAKAR, dont 293 en présentation du siège, soit une fréquence de 5,4%.

Leur répartition dans l'année est homogène.

1.2 Relative

1.2.1 Mode de siège

Parmi les 293 présentations du siège observées, nous avons dénombré :

- 127 sièges complets, soit 43,3%
- 154 sièges décomplétés, soit 52,6%
- 12 non précisés dont huit (8) rétentions de tête dernière.

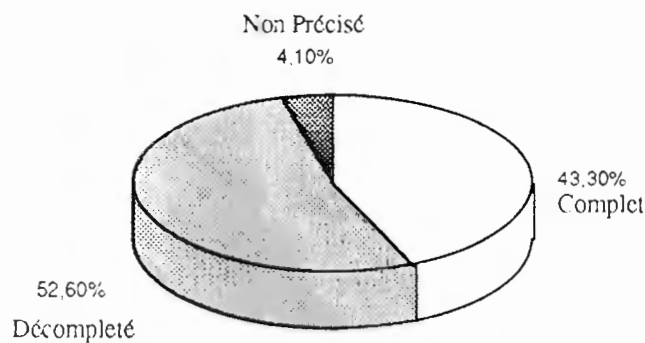


Figure 1 : Répartition des sièges selon le mode

1.2.2 Variétés de position

Nous avons étudié les différentes variétés de position et nous avons obtenu les résultats suivants (figure 2)

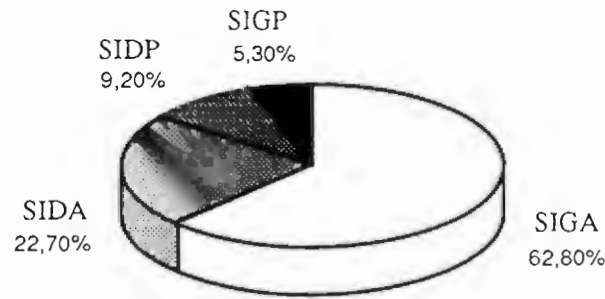


Figure 2 : Répartition selon la variété de position

- Variétés antérieures : 85,5%
 - * SIGA : 177 cas, soit 62,8%
 - * SIDA : 64 cas, soit 22,7%
- Variétés postérieures : 14,5%
 - * SIDP : 26 cas, soit 9,2%
 - * SIGP : 15 cas, soit 5,3%

Nous notons une prédominance des engagements dans le diamètre droit (SIGA , SIDP) qui représentent 72,0%, par rapport aux engagements dans le diamètre gauche (28,0%).

1.3 Provenance

111 patientes ont été référées à partir d'autres formations sanitaires, soit 39,36%. Les motifs d'évacuation, représentés dans le tableau II, sont dominés par les hémorragies, la rupture prématurée des membranes et procidences et le diagnostic de présentation du siège présumé dystocique.

Tableau II - Répartition selon le motif de l'évacuation

CAUSE D'EVACUATION	Effectif	Pourcentage
Hémorragies	19	17,1%
RPM et Procidences	16	14,4%
Présentation de siège	14	12,6%
Dystocies mécaniques	12	10,8%
Souffrance Foetale	10	9,1%
Rétention Tête Dernière	8	7,2%
Dysgravidie	5	4,5%
Accouchement Prématuro	4	3,6%
Rétention 2° Jumeau	3	2,7 %
Autres	20	18%
Total	111	100,0 %

Nous notons que dans 12,6% des cas, les patientes ont été évacuées uniquement pour "présentation du siège", et dans 7,2% des cas le motif d'évacuation "rétention de tête dernière".

2 - PROFIL MATERNEL

2.1 Age

L'âge moyen de nos patientes est de 27,34 ans (Ecart type = 6,92

IC à 95% [26,55 - 28,14]), contre 26,85 ans pour les témoins (Ecart type = 6,76

IC à 95% [26,06 - 27,64]).

La répartition de la population étudiée en fonction de l'âge maternel est la suivante (figure 3).

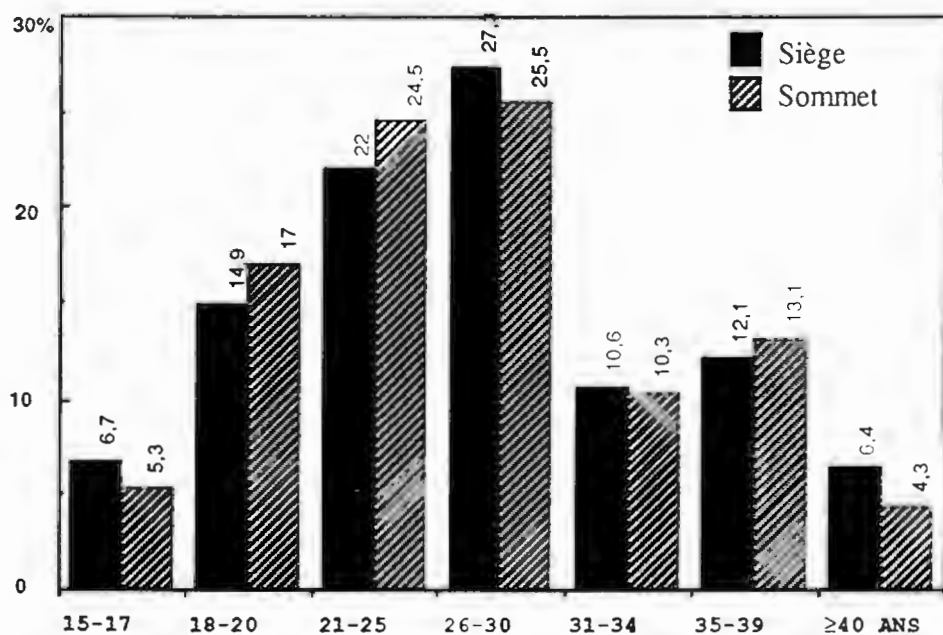


Figure 3 : Répartition de la population d'étude selon l'âge.

Les tranches d'âges les plus représentées se situent entre 21-30 ans, avec une prédominance du groupe des femmes âgées de 26-30ans.

Aux âges extrêmes (15-17 ans et ≥ 40 ans), il existe une prédominance relative du présentation du siège par rapport à la présentation du sommet.

2.2 Parité

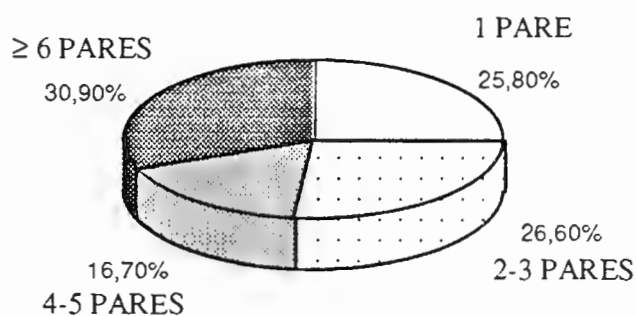


Figure 4 : Répartition des patientes selon la parité.

Les 282 patientes de notre étude se répartissent en :

- Primipares : 73 cas, soit 25,8%
- Paucipares : 75 cas, soit 26,6%
- Multipares : 47 cas, soit 16,7%
- Grandes multipares: 87 cas, soit 30,9

2.3 Parité et Mode de siège

Nous nous sommes posés la question de savoir si le mode de siège pouvait être influencé par la parité .

Tableau III : Parité et Mode de siège.

MODE SIEGE PARITE	COMPLET	DECOMPLETE	TOTAL
1 PARE	38,8% (n = 28)	61,2% (n = 44)	100% (n =72)
2-3 PARES	48% (n = 36)	52,0% (n = 39)	100% (n = 75)
4-5 PARES	36,2% (n = 17)	63,8% (n = 30)	100% (n = 47)
>= 6 PARES	52,8% (n = 46)	47,1% (n = 41)	100% (n = 87)
Total	127	154	281

Nous constatons une prédominance des sièges décomplétés chez les primipares et les multipares ; chez les grandes multipares on note une tendance inverse en faveur des sièges complets, sans différence statistiquement significative.

2.4 Poids

Le poids moyen de nos patientes est 67,48 kg (Ecart type = 4,34, IC à 95% [63,15 - 71,82]), contre 66,92 kg (Ecart Type = 4,26 IC à 95% [62,66-71,18]) pour les témoins.

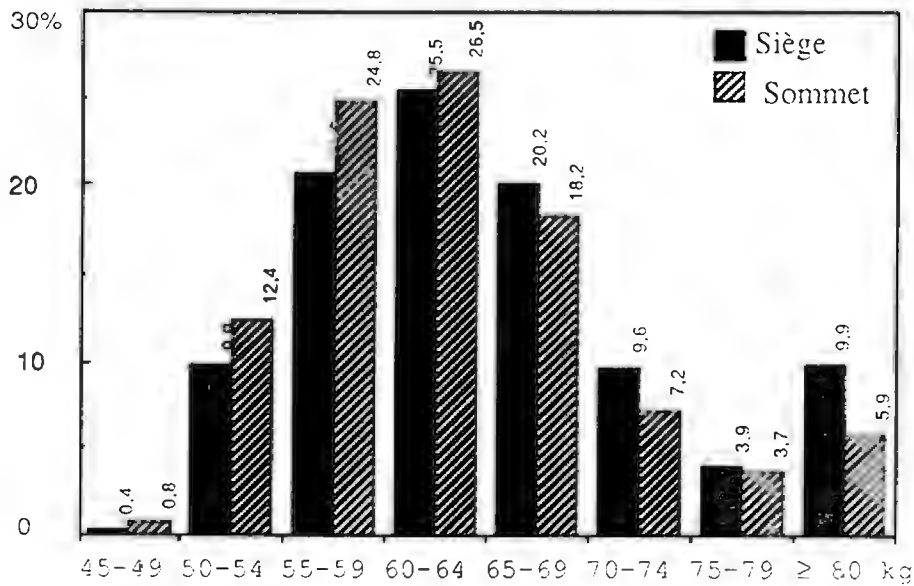


Figure 5 : Répartition de la population d'étude selon le poids.

Les poids les plus représentés varient entre 55 kg et 69 kg (66,3%).

La répartition selon le poids est comparable pour les deux types de présentation.

2.5 Taille

La taille moyenne de nos patientes est de 163 cm

(Ecart type = 5,71 IC à 95% [162,71 - 164,02]) contre 164 cm. (Ecart type = 6,59

IC à 95% [163,30 - 164,85]), pour les témoins.

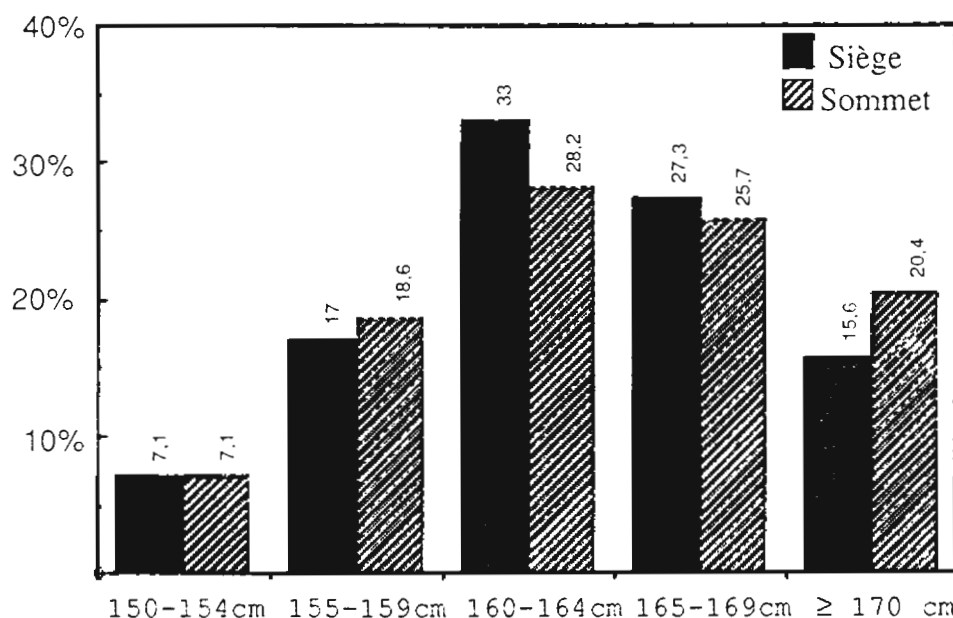


Figure 6 : Répartition de la population d'étude selon la taille.

La répartition des présentations du siège selon la taille maternelle est comparable à celle pour la présentation du sommet.

2.6 Bassin obstétrical / Pelvimétrie clinique

255 bassins sont jugés cliniquement normaux, soit 90,8% ;

26 bassins sont cliniquement pathologiques, soit 9,6%, se répartissant en :

- 17 bassins généralement rétrécis ;
- 8 bassins transversalement rétrécis.

Selon les données de la pelvimétrie clinique (Tableau IV) la moyenne de chacun des diamètres mesurés des bassins de nos patientes est sensiblement inférieure à la moyenne des différents diamètres des bassins des témoins. Cette différence n'est cependant statistiquement significative que pour le diamètre promonto-rétro pubien ($p < 0,001$) et le diamètre bicrote ($p < 0,01$).

Tableau IV : Moyenne des diamètres du bassin.

Diamètre		Patientes	Témoins	Significativité
Bi-épineux	moyenne	22,177	22,276	NS
	Ecart Type	1,354	1,446	
Bicrête	moyenne	25,608	26,011	S $p < 0.01$
	Ecart Type	1,631	1,278	
Bitrochanterien	moyenne	30,273	30,292	NS
	Ecart Type	2,002	2,526	
Trillat	moyenne	12,631	12,678	NS
	Ecart Type	0,757	0,581	
Bi-ischiatique	moyenne	10,752	10,724	NS
	Ecart Type	0,797	0,792	
Promonto - rétro -pubien	moyenne	10,207	10,714	S $p < 0.001$
	Ecart Type	0,592	0,622	

2.7 Antécédents

2.7.1 Siège récidivant

Nous avons répertorié 32 femmes chez qui il existe un antécédent d'accouchement en présentation du siège, soit un taux de 11,3%.

2.7.2 Césarienne antérieure

Dans notre série 21 femmes sur 282 ont subi l'intervention césarienne pour un accouchement antérieur soit 7,4% contre 10 femmes seulement dans notre population témoin, soit 3,5%.

Cette différence observée entre les deux populations est statistiquement significative ($p < 0,05$).

3 - FACTEURS PREDISPOSANTS

3.1 Foetaux

3.1.1 Prématurité

Compte-tenu des difficultés d'évaluation dans la population étudiée qui concerne des patientes vues au stade de la parturition, nous nous sommes basés sur l'interrogatoire pour apprécier l'âge de la grossesse avec les réserves que cet état de fait appelle.

Nous avons relevé un taux élevé de prématurité (âge de grossesse ≤ 8 mois) 116 cas, soit 38,7%.

3.1.2 Gémellité

Nous avons dénombré dans notre série 60 grossesses gémellaires, soit 21,3% de l'effectif total.

Ces 60 cas se répartissent ainsi :

- Premier jumeau uniquement en présentation du siège ; 24 cas (40%).
- Deuxième jumeau seulement en présentation du siège ; 25 cas (41,7%).
- Premier et deuxième jumeaux tous deux en présentation de siège ; 11 cas (18,3%).

Il ressort donc qu'un enfant sur quatre né en présentation du siège est un jumeau.

Il s'agissait au plan anatomique de :

- 32 grossesses monochoriales biamniotiques, soit 53,3% ;
- 28 grossesses bichoriales biamniotiques, soit 46,7%.

A noter que nous n'avons pas observé dans notre étude de cas de grossesse gémellaire monochoriale monoamniotique.

3.1.3 Malformations

* Hydrocéphalie :

Nous avons répertorié dans notre série 9 hydrocéphalies, soit une fréquence de 3,07%.

* Autres malformations :

Nous avons relevé un cas d'anencéphalie et un cas de syndrome de Pierre Robin.

3.2 Annexiels

3.2.1 Placenta praevia

18 cas de placenta praevia ont été observés, soit une fréquence de 6,2%.

Dans quatre (4) cas il s'agissait d'une association avec un hématome rétro-placentaire.

3.2.2 Cordon ombilical

La longueur moyenne du cordon ombilical est de 52,19 cm (Ecart type = 12,09 et IC à 95% [50,728 - 53,530])

L'étude de la répartition en fonction de la longueur permet de retrouver une brièveté funiculaire (longueur inférieure à 40 cm) dans 43 cas (14,68%).

Tableau V : Distribution en fonction de la longueur du cordon ombilical.

LONGUEUR DU CORDON	Effectif	Pourcentage
≤ 40 cm	43	14,68%
40-65 cm	211	72,01%
≥ 65 cm	39	13,31%
Total	293	100%

3.2.3 Anomalies de volume du liquide amniotique

* Hydramnios :

Nous relevons dans notre série 5 cas d'hydramnios, soit 1,7%

* Oligoamnios :

3 cas seulement d'oligoamnios ont été observés soit une fréquence de 0,6%

4 - GRAVIDITE

4.1 Suivre la grossesse

4.1.1 Consultations prénatales

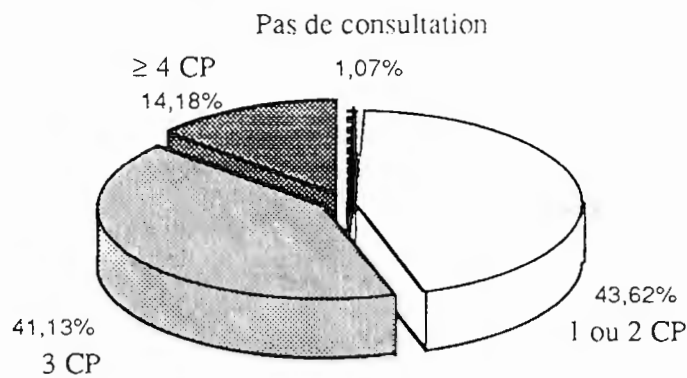


Figure 6 : Répartition des patientes selon le nombre de consultations prénatales

116 femmes seulement, soit 41,13%, ont eu à faire les trois consultations prénatales minimales recommandées.

4.1.2 Diagnostic

Le diagnostic de la présentation du siège doit être fait au mieux lors du dernier mois de la grossesse ou lors de l'entrée à la maternité en cas d'accouchement prématuré.

On peut aussi envisager soit un geste thérapeutique préventif, soit un bilan préalable. Le diagnostic est suspecté sur la clinique (palpation, toucher pelvien, absence de sillon du cou) et confirmé par l'échographie et la radiographie du contenu utérin.

Dans notre étude le diagnostic de présentation du siège a été posé en salle

d'accouchement dans 260 cas (92%) chez des patientes à des stades de parturition plus ou moins avancés.

14 patientes soit 5% ont été évacuées pour grossesse à terme et présentation du siège, parmi lesquelles huit (8) étaient en travail.

Dans 8 cas seulement soit 2,8%, le diagnostic avait été établi en cours de grossesse, par échographie.

4.1.3 Paraclinique

* Echographie

Elle occupe une place importante dans la surveillance de la grossesse, permettant de renseigner sur le type du siège, la position de la tête (déflexion primitive éventuelle), la localisation du placenta, le degré de maturité foetale par la mesure des différents diamètres, en particulier le bipariétal qui est de 96 mm à terme et l'abdominal transverse. Elle permet également d'estimer le poids foetal et de guider les tentatives de version par manoeuvres externes.

Dans notre série, 58 de nos patientes (20,6%), ont bénéficié d'une ou de deux échographies en début, en fin de grossesse, ou en parturition.

* Radiographie du contenu utérin

Elle confirme le diagnostic clinique de la présentation du siège, en précise la variété, le degré de flexion de la tête, et permet d'éliminer une hydrocéphalie comme le fait l'échographie.

Elle est de mise vers 8 mois et demi ou en début du travail. Elle n'a été réalisée ici que chez deux patientes.

* Radiopelvimétrie

Elle permet de déceler les indications de la césarienne prophylactique, évitant à la future parturiente un travail laborieux, dangereux et inutile pour le foetus.

La morphologie et la mesure des diamètres du bassin sont obtenues par

deux clichés :

- Un cliché de face suivant la technique de Thoms (position semi-assise), dans laquelle le plan du détroit supérieur est parallèle au film, permettant ainsi d'obtenir une image agrandie mais non déformée du détroit supérieur. Elle donne sur le même cliché une projection des épines sciatiques.

- Un cliché de profil strict en station verticale, avec un rayon horizontal reconnu à la superposition des têtes fémorales. Il permet l'étude du promontoire, de la forme du sacrum, du profil de la symphyse pubienne et la mesure du diamètre promonto-rétro-pubien (PRP).

Ces deux clichés sont complétés par l'incidence de Fernström qui apprécie le diamètre bi-épineux.

L'indice de Magnin permet d'apprécier la perméabilité du détroit supérieur.

Cet indice c'est la somme du diamètre transverse médian ($\geq 12,5$) et du diamètre antéro-postérieur ou P.R.P. ($\geq 10,5$).

Il est normalement supérieur ou égal à 23. Cette radiopelvimétrie est faite à partir de la 36^è semaine d'aménorrhée, moment où les conséquences d'une irradiation foetale sont pratiquement inexistantes.

Une seule de nos patientes a bénéficié d'une radiopelvimétrie qui a permis d'objectiver un bassin limite.

4.2 Incidents et Accidents

4.2.1 Hémorragies

31 femmes soit 11% ont présenté des métrorragies à une période quelconque de la grossesse.

Il faut noter que nous avons eu 12 cas d'HRP dont 8 cas isolés et 4 cas d'association PP+HRP.

4.2.2 Toxémie gravidique

Elle a été relevée dans 14 cas, soit une prévalence de 4,9%.

4.2.3 Menace d'accouchement prématuré : (MAP)

Elle a été rencontrée chez 4 femmes, soit une fréquence de 1,4%.

Tableau VI - Pathologies observées au cours de la grossesse.

Incidents -Accidents	Effectif	Poucentage
Toxémie gravidique	14	13,5%
Métrorragie	31	29,8 %
Menace accouchement prématuré	4	3,8 %
Infection génitale et/ou urinaire	21	20,2 %
Paludisme	30	28,8 %
Autres	4	3,8 %
Total	104	100,0 %

5- PARTURITION

5.1 Eutocie

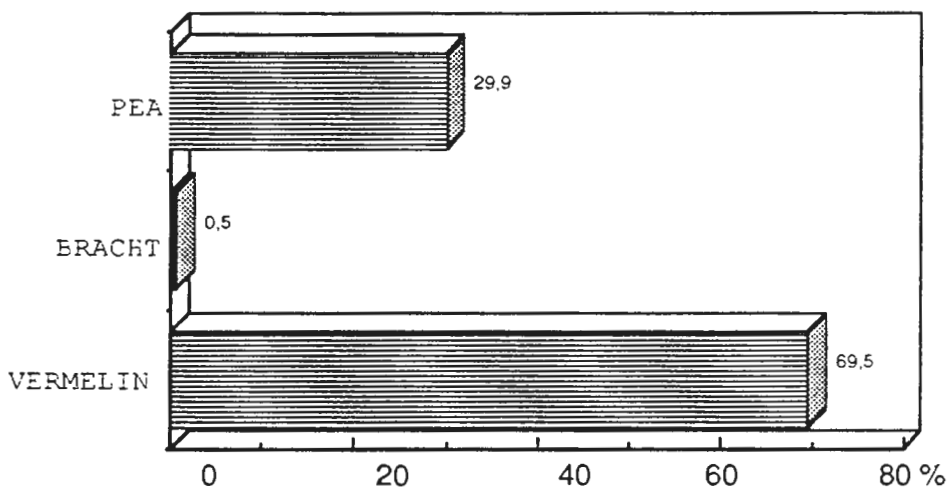


Figure 7 : Répartition selon le mode d'accouchement eutocique

Nous avons dénombré 197 accouchements eutociques, soit 67,2% de l'ensemble des accouchements.

Le mode Vermelin est l'option la plus fréquente, car choisie dans 137 cas représentant 46,8% de l'ensemble des accouchements. Puis vient la petite extraction aidée (PEA) 20,1% (n= 59 cas), et le Bracht 0,34% (n=1 cas).

5.2 Dystocie

5.2.1 Nature

Les différentes dystocies rencontrées sont représentées par la figure (8) . La souffrance foetale est particulièrement fréquente dans notre série (36,8%). Cependant d'autres anomalies tiennent une place non négligeable, notamment le défaut d'engagement (12,6%), la rétention de tête dernière (12,6%) et l'arrêt de progression (11,6%).

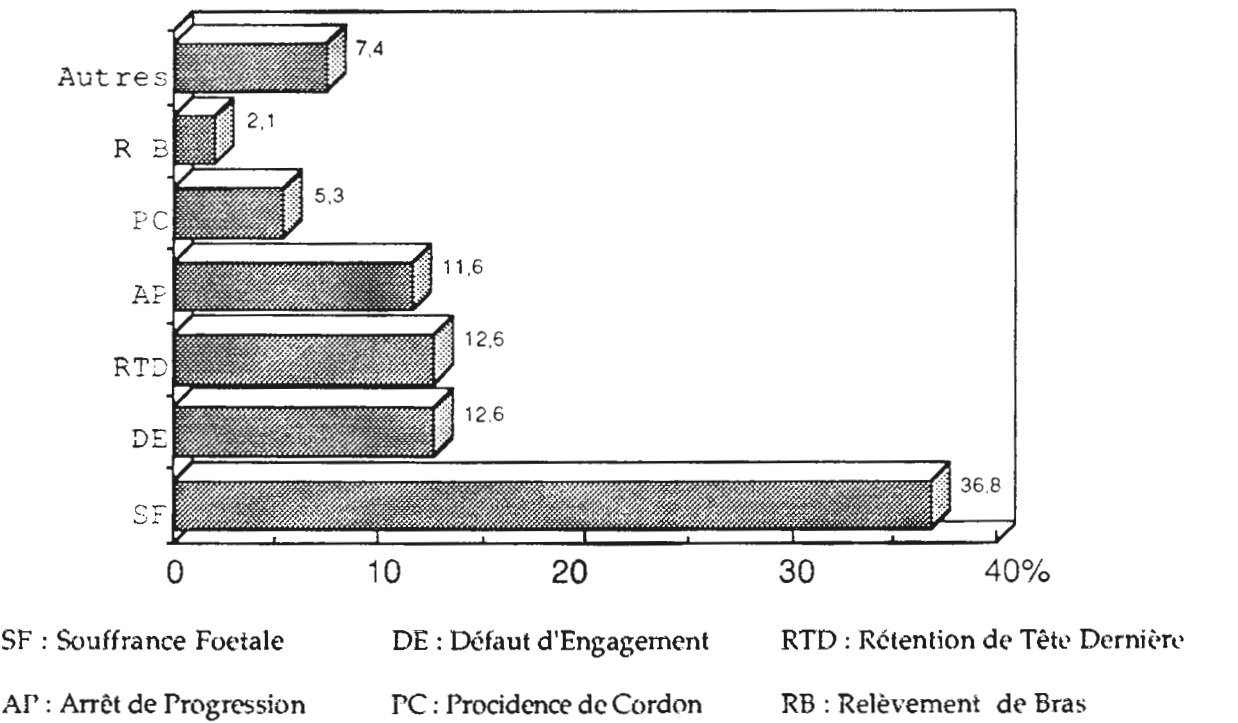


Figure 8 : Répartition des dystocies

5.2.2 Mode d'accouchement :

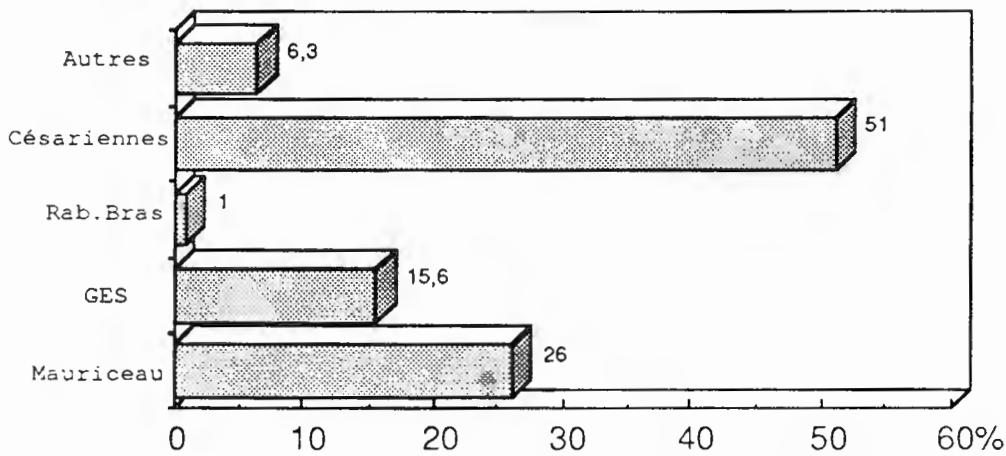


Figure 9 : Répartition selon l'accouchement dystocique

Nous avons relevé 96 accouchements dystociques soit une fréquence de 32,8% de l'ensemble des accouchements se répartissant en :

- 49 césariennes, soit 16,7 %,
- 25 manoeuvres de Mauriceau, soit 8,5%,
- 15 Grande Extraction du Siège (GES), soit 5,1%,
- 1 rabaissement de bras (Rab. Bras), soit 0,34%,
- autres 6 cas, soit 2,04% (1 cas de Champetier de Ribes, 3 cas de craniotomie, 2 cas de manoeuvre de VAN HUEUL TARNIER).

Au total nous décomptons :

- 49 accouchements par voie haute, soit 16,7%
- 244 accouchements par voie basse, soit 83,3%

5.2.3 Indications de césarienne

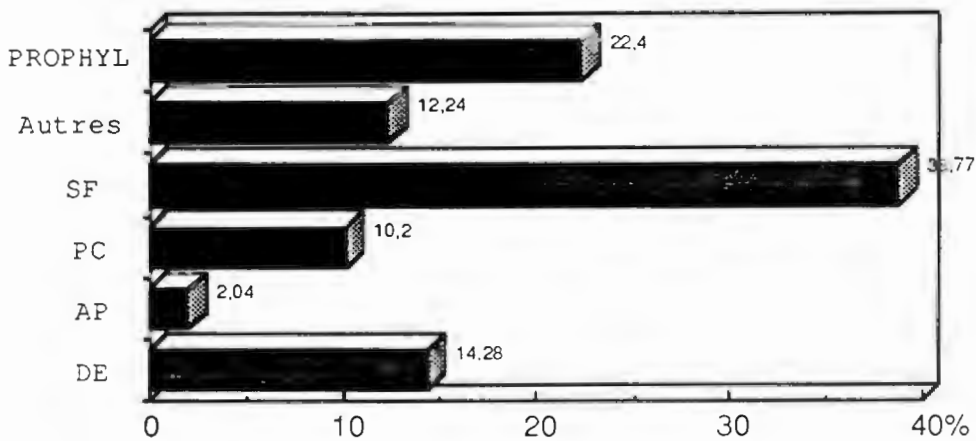


Figure 10 : Indications de césarienne

- 38 césariennes secondaires décidées au cours du travail, soit 77,5% ont été pratiquées pour les indications suivantes:

- . Souffrance foetale (SF) : 19 cas.
- . Défaut d'engagement (DE): 7 cas.
- . Procidence du cordon à petite dilatation (PC): 5 cas.
- . Arrêt de progression (AP): 1 cas.
- . Autres : 6 cas (macrosomie foetale, bassin généralement rétréci, bassin transversalement rétréci, placenta praevia, syndrome de pré-rupture)

- la césarienne d'indication prophylactique (PROPHYL) est réalisée dans 11cas, soit 22,3%.

5.3 Mode de siège et Mode d'accouchement.

5.3.1 Accouchement eutocique

Dans la majorité des cas (69,5%), c'est le mode Vermelin qui a été choisi, cela indifféremment du mode de siège :

- siège complet : 63 cas,
- siège décomplété : 71 cas .

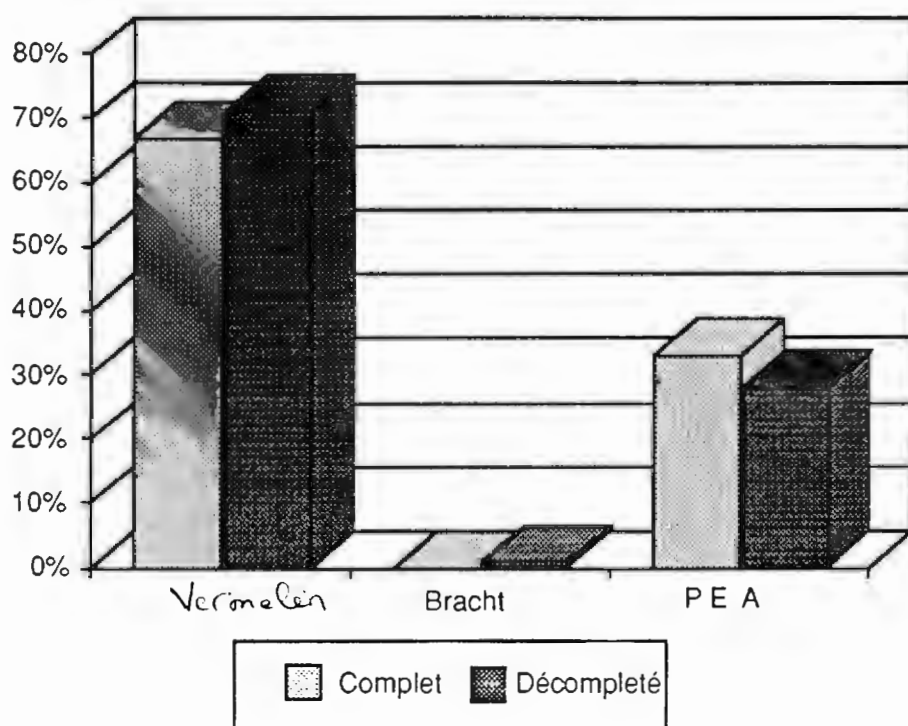
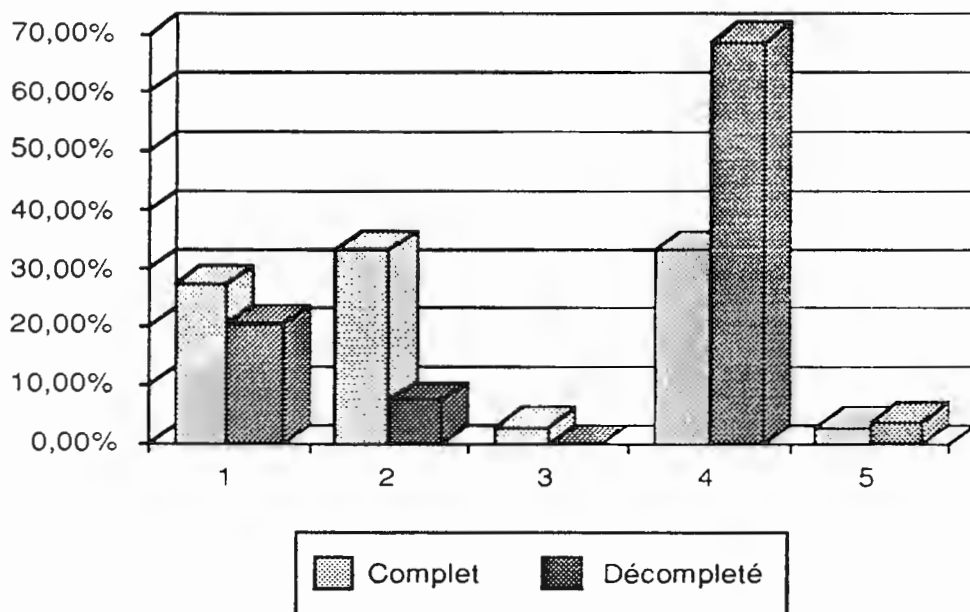


Figure 11 : Répartition des accouchements eutociques selon le mode de siège

5.3.2 Accouchement dystocique



1 Mauriceau; 2 Grande Extraction; 3 Rabaissement Bras ; 4 Césarienne ; 5 Autres

Figure 12 : Répartition des accouchements dystociques selon le mode de siège.

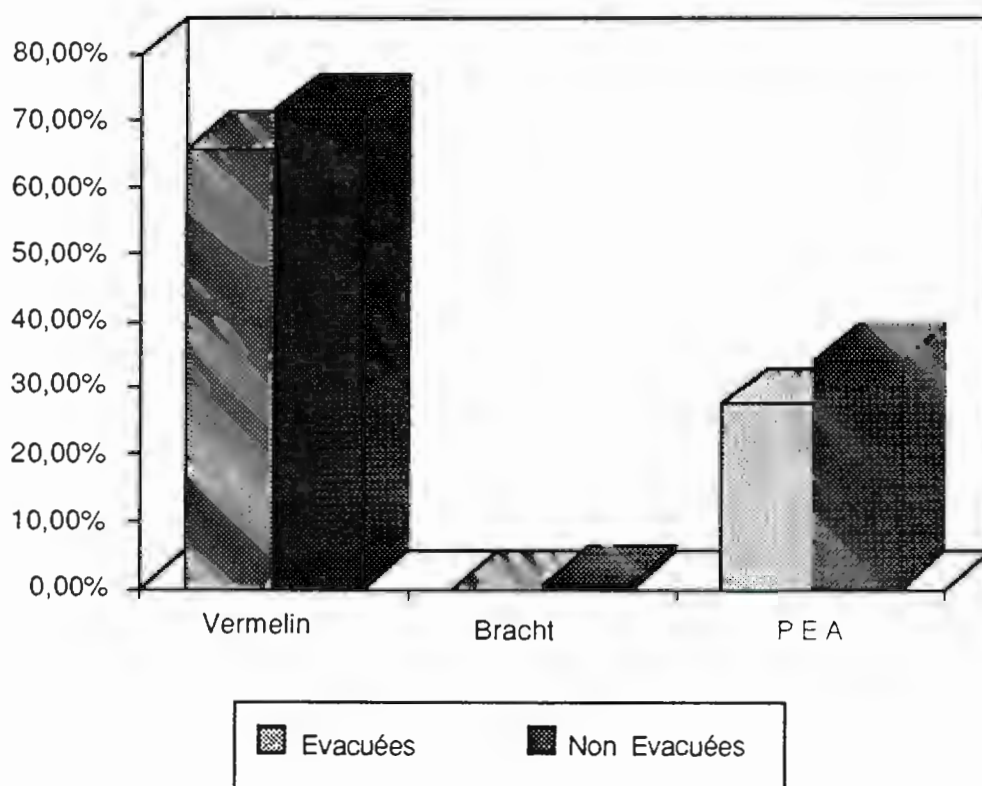
La voie basse est celle de prédilection en cas de siège complet utilisant :

- GES dans 15 cas , (15,6%) ,
- manoeuvre de Mauriceau dans 25 cas, (26,04%),
- Rabaissement des bras dans 1 cas , (1,04%).

L'intervention césarienne est volontiers réalisée lorsque la dystocie survient sur une présentation du siège décomplété (38 cas); contre 11 cas sur siège complet.

5.4 Evacuation et Mode d'accouchement

Nous avons étudié le pronostic de l'accouchement en fonction de la notion d'évacuation. Les résultats sont représentés par les figures 13et 14 .



**Figure13: Répartition des accouchements eutociques
selon la notion d'évacuation**

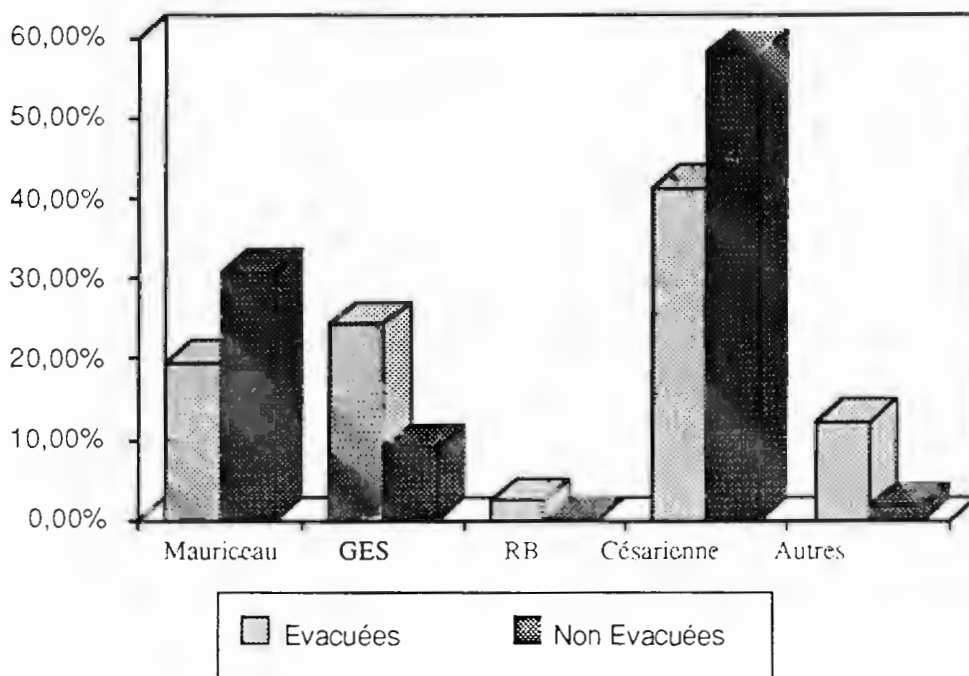


Figure14: Répartition des accouchements dystociques selon la notion d'évacuation.

La proportion d'évacuées avec accouchement eutocique (70 cas) est de 63,06% de l'ensemble des évacuées ; cela n'influence pas pour autant le choix de l'option dominée dans les deux groupes par le mode Vermelin.

La proportion des évacuées par rapport à la population ayant subi un accouchement eutocique n'est que de 35,5%.

Pour l'accouchement dystocique, la proportion d'évacuées est de 41 cas soit 36,94% de l'ensemble des évacuées, et 42,7% de l'ensemble des accouchements dystociques.

- La voie haute est utilisée dans des proportions importantes quelque soient les circonstances d'admission (évacuée ou non évacuée).

- En cas d'accouchement par voie basse, la manoeuvre de Mauriceau est utilisée préférentiellement (30,9%) chez la non évacuée alors que chez l'évacuée c'est la grande extraction du siège (24,4%).

6 - PRONOSTIC MATERNEL

6.1 Mortalité

Nous déplorons trois (3) décès maternels, soit 1,1% dont :

- Deux survenus après césarienne.
- Un (1) après accouchement par voie basse.

6.2 Morbidité

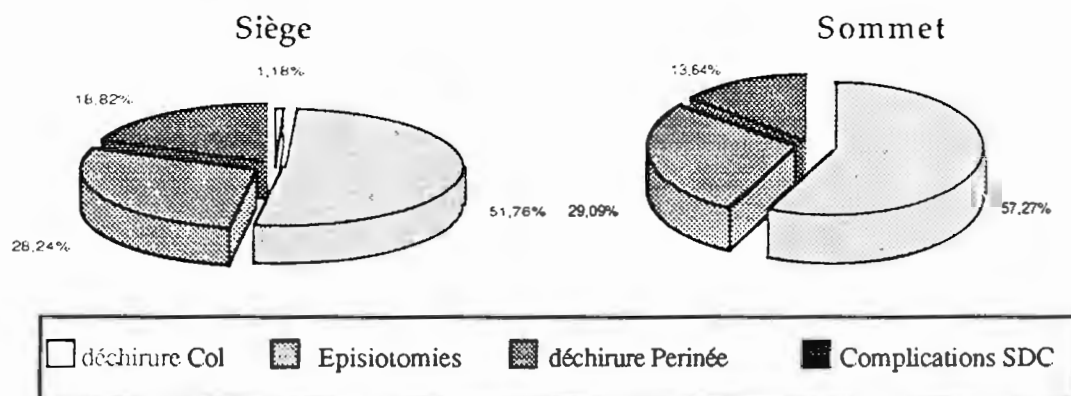


Figure 15 : Morbidité maternelle

6.2.1 Déchirure du col

Nous n'avons observé qu'un seul cas de déchirure du col.

6.2.2 Périnée

* Episiotomies :

Elle est réalisée dans 44 cas (15,6%), ce taux est faible par rapport à celui noté dans le groupe témoin où il est de 22,3% (n=63).

*Déchirure du périnée.

Le nombre de déchirures du périnée (n = 24) est moindre par rapport au groupe des témoins (n =32).

6.2.3 Complications des suites de couches

Les complications observées sont:

- 4 cas d'infection,
- 3 cas de lâchage de suture,
- 1 cas d'hémorragie,
- Autres : 7 cas .

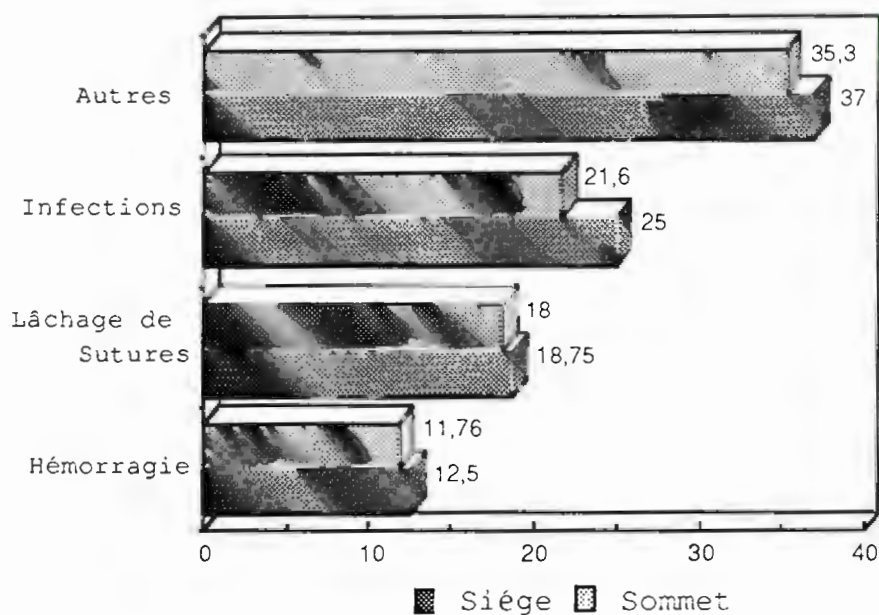


Figure 16 : Complications des suites de couches

Il n'y a pas de différence significative, dans la survenue des complications des suites de couches, entre les patientes ayant accouché d'un fœtus en présentation de siège et les témoins.

7 - NOUVEAU- NE

7.1 Etat foetal à la naissance

Nous avons choisi comme critère pour juger de l'état des enfants à la naissance le score d'Apgar à la première minute (M1) et à la cinquième minute (M5).

Tableau VII : Répartition des scores d'Apgar

		Siège	Sommet	Significativité
M1	0-3	35,5% (n=104)	7,8% (n=22)	p < 0.0001 *
	4-7	34,5% (n=101)	15,2% (n = 43)	p < 0.0001 ·
	8-10	30% (n=88)	68,3% (n=217)	
M5	0-3	22,9% (n=67)	7,1% (n=20)	p < 0.0001 *
	4-7	8,9% (n=26)	1,1% (n=3)	p < 0.0001 ·
	8-10	68,3% (n=200)	91,8% (n=259)	

* $OR_B = 11,66$ (0-3 / 8-10)

$X^2_{MH} = 103,8$ (p < 0,00001)

· $OR_B = 5,79$ (4-7 / 8-10)

$X^2_{MH} = 68,25$ (p < 0,00001)

L'étude de ce tableau révèle que 35,5% des enfants nés en présentation du siège contre 7,8% des enfants nés par présentation du sommet ont un score d'Apgar faible compris entre 0-3 à la première minute. Les mêmes constats sont faits pour le score d'Apgar compris entre 4-7 à M1. Cette différence est statistiquement significative (p<0,0001), en faveur des enfants nés en présentation du sommet.

De même pour le score Apgar à M5 nous constatons une nette différence pour les score Apgar compris entre 0-3 et 4-7, en faveur des nouveau-nés des femmes témoins. Cette différence est statistiquement significative (p<0,0001).

L'accouchement en présentation de siège constitue donc un risque certain pour le fœtus.

7.2 Sexe

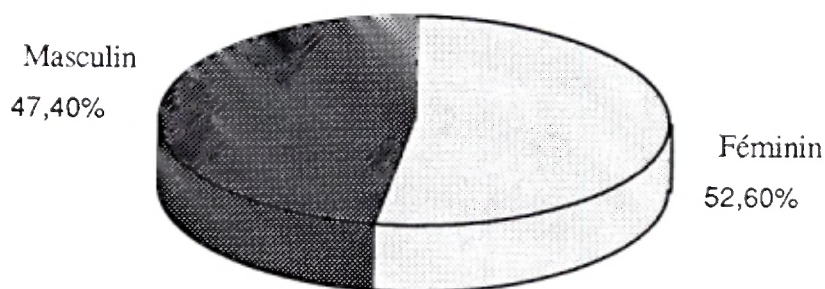


Figure 17 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe

Les 293 enfants nés en présentation du siège, se partagent en:

- sexe féminin : 154 cas, soit 52,6%,
- sexe masculin : 139 cas, soit 47,4%.

Le sexe de l'enfant n'a donc aucune influence sur la survenue de la présentation du siège.

7.3 Les éléments anthropométriques

7.3.1 Le poids foetal

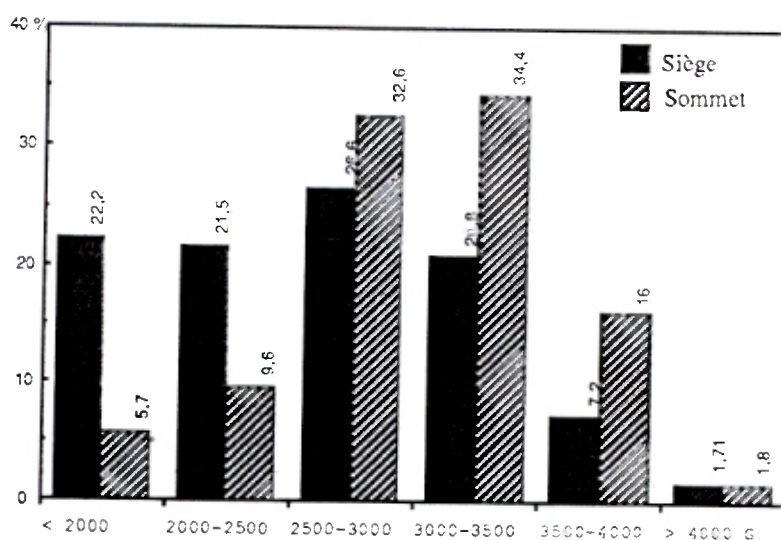


Figure 18 : Répartition selon le poids foetal

Le poids moyen des enfants nés en présentation du siège est de 2567,4 g (Ecart type = 710,6 et IC à 35% [2485,9 - 2648,9]) contre 2976,7 (ET=585,1,IC à 95% [2908,3 - 3045,1]) chez les témoins .

La proportion des enfants de faible poids (inférieur à 2500 g) est plus importante dans le groupe des enfants nés par siège par rapport aux témoins. Cette différence est statistiquement significative ($p<0,001$).

7.3.2 La taille

La taille moyenne des enfants nés en présentation du siège est de : 47,3 cm (Ecart type = 4,2 ; IC à 95% [46,9 - 47,8]) contre 49,4 cm (Ecart type = 2,3 ; IC à 95% [49,1 - 49,6]), pour les témoins.

Il en résulte que les enfants nés en présentation du siège sont de plus petite taille que les témoins ; cette différence est statistiquement significative ($p< 0,001$).

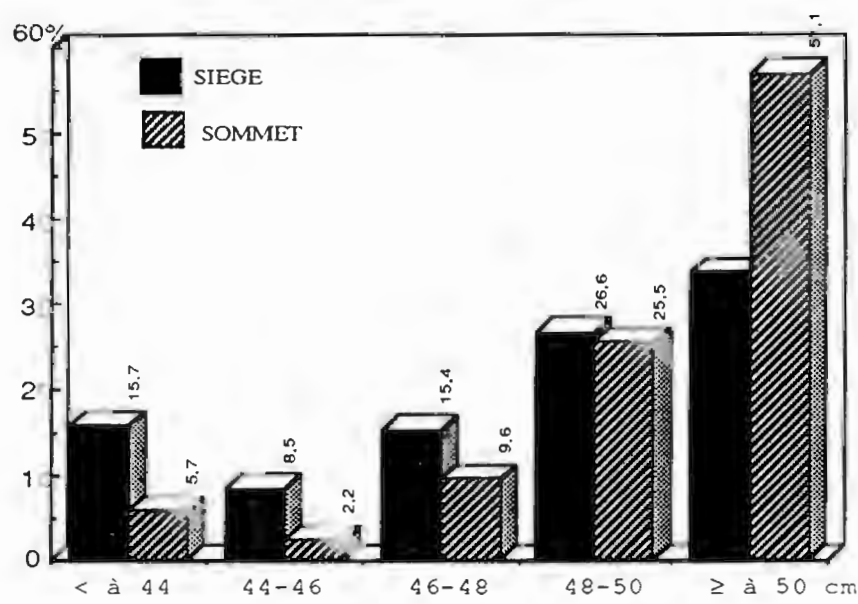


Figure 19 : Répartition selon la taille de l'enfant

7.3.3 Périmètre crânien

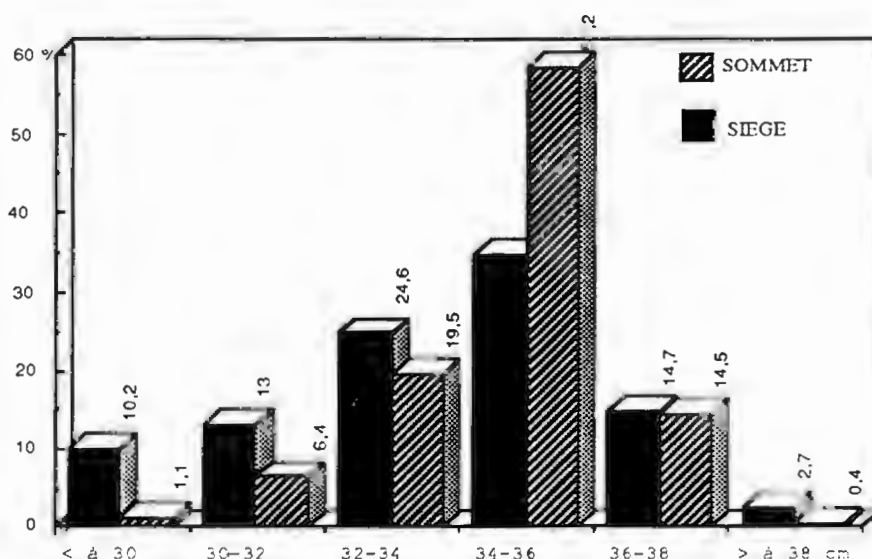


Figure 20 : Répartition selon le périmètre crânien

Le périmètre crânien moyen des enfants nés en présentation du siège est de 33,3 cm (Ecart type = 2,8 ; IC à 95% [32,9 - 33,6]) contre 34,1 cm (Ecart type = 1,7 ; IC à 95% [33,9 - 34,3]) chez les témoins.

Il existe une différence statistiquement significative ($p < 0,001$).

7.3.4 Périmètre thoracique

Le périmètre thoracique moyen des enfants nés en présentation du siège est de 30,3 cm (Ecart type = 2,9 ; IC à 95% [29,9 - 30,6]) contre 31,8 cm (Ecart type = 1,9 ; IC à 95% [31,6 - 32]), pour les témoins.

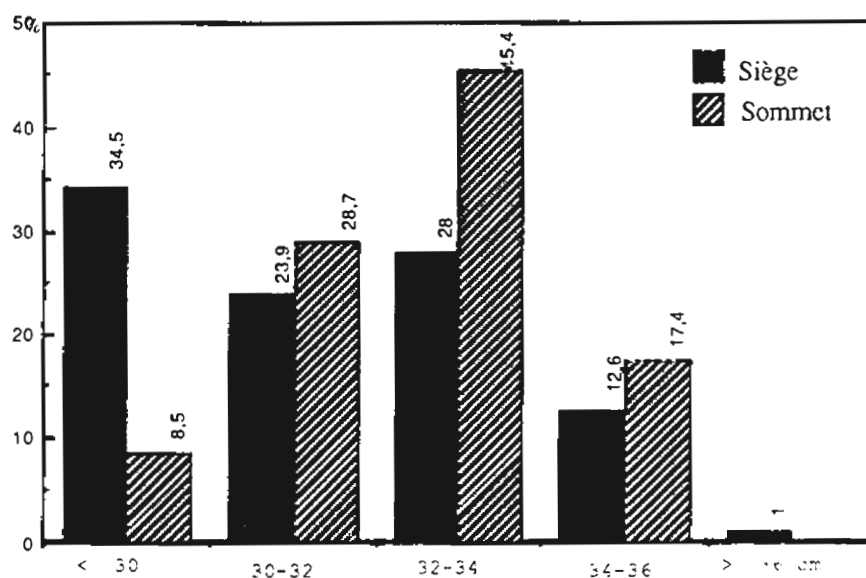


Figure 21 : Répartition selon le périmètre thoracique

Le périmètre thoracique des enfants nés par présentation de siège est le plus souvent inférieur à 32 cm, ce qui correspond bien à la notion selon laquelle les petits enfants naissant plus volontiers en présentation du siège. Cependant nous n'avons pas trouvé de différence significative.

Nous pouvons pratiquement établir un morphotype de l'enfant se présentant par le siège: il s'agit d'un enfant dont le poids moyen est de 2567 g, la taille moyenne de 47,3 cm , le périmètre crânien moyen de 33,3 cm et, le périmètre thoracique moyen de 30,3 cm.

Ces données anthropométriques qui sont inférieures aux limites admises pour un fœtus normal né à terme, suggèrent la participation d'une prématurité et/ou d'une hypotrophie.

7.4 Morbidité

7.4.1 Examen neurologique

Des troubles neurologiques divers sont retrouvés (hypotonie et/ou réflexes archaïques incomplets) avec une fréquence dix fois supérieure chez le fœtus né en présentation de siège (35,8%), comparé au fœtus né par présentation de sommet (3,5%).

7.4.2 Appareil locomoteur

Chez 14 nouveau-nés, soit 4,8%, l'examen de l'appareil locomoteur a révélé une anomalie :

- Pieds bots : 6 cas se répartissant en 4 présentations de siège complet et, 2 présentations de siège décomplété.
- Luxation de la hanche : 4 cas se répartissant en 3 présentations de siège complet et, 1 présentation de siège décomplété.
- Agénésie du fémur : 2 cas de présentation de siège complet.
- Genu recurvatum : 1 cas de présentation de siège décomplété.
- Luxation de la clavicule : 1 cas de présentation de siège décomplété.

7.5 Mortalité

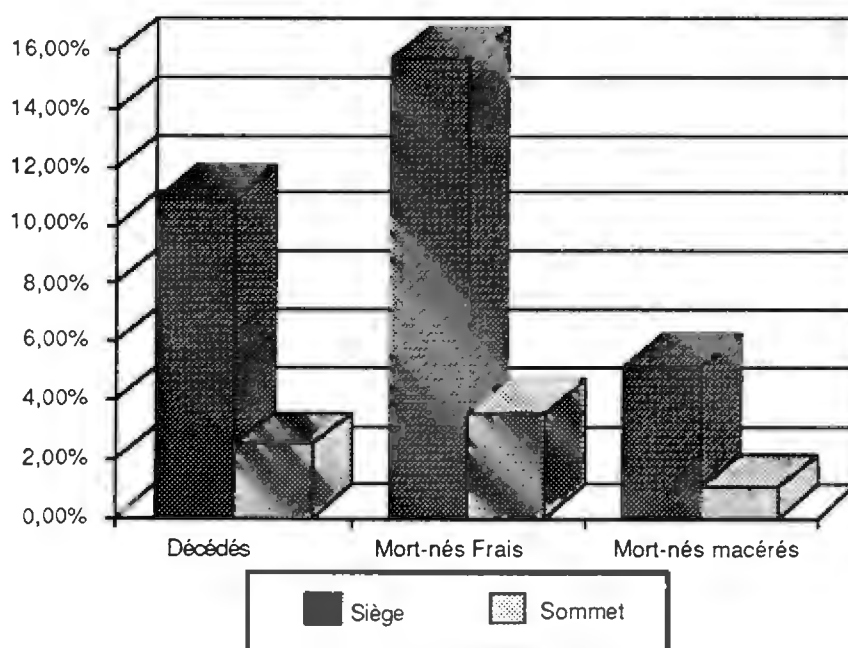


Figure 22 : Mortalité périnatale

La mortalité périnatale dans la présentation du siège est de 31,7% contre seulement 7,16% chez les témoins; soit un taux quatre fois plus élevé.

Nous constatons que la proportion de décès intra partum est plus élevée chez les enfants nés par siège (15,7%) que dans la population témoin (3,5%). Il en

est de même dans la période néo-natale précoce: 10,9% de décès en cas de présentation de siège contre seulement 2,5% chez les témoins.

Ces différences sont significatives, corroborant les importants taux de détresse retrouvés à la naissance chez l'enfant né en présentation de siège.

8 - LES ELEMENTS DU PRONOSTIC FOETAL

8.1 Facteurs maternels

8.1.1Age de la mère

Il est classiquement étudié car influencerait le pronostic foetal.

Tableau VIII - Score d'Apgar et âge maternel

SCORE D'APGAR	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
AGE DE LA MERE						
15-17 ans	42,1%	36,8%	21,1%	10,5%	21,1%	68,4%
	(n=8)	(n=7)	(n=4)	(n=2)	(n=4)	(n=13)
18-20 ans	28,4%	41,8%	29,9%	16,4%	11,9%	71,6%
	(n=19)	(n=28)	(n=20)	(n=11)	(n=8)	(n=48)
21-25 ans	45,2%	33,3%	21,4%	21,4%	14,3%	64,3%
	(n=19)	(n=14)	(n=9)	(n=9)	(n=6)	(n=27)
26-30 ans	36,3%	26,2%	37,5%	22,5%	6,3%	71,3%
	(n=29)	(n=21)	(n=30)	(n=18)	(n=5)	(n=57)
31-34 ans	25,0%	40,6	34,4%	18,8%	3,1%	78,1%
	(n=8)	(n=13)	(n=11)	(n=6)	(n=1)	(n=25)
	42,9%	34,3	22,9%	42,9%	5,7%	51,4%
35-39 ans	(n=15)	(n=12)	(n=8)	(n=15)	(n=2)	(n=18)
	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	66,7%
> = à40 ans	(n=6)	(n=6)	(n=6)	(n=6)	(n=0)	(n=12)

OR_B = 1,35

X²_{MH} = 2,66 (p =0,1)

Les meilleurs scores d'Apgar s'observent pour les tranches d'âge entre 21 et 34 ans. Cependant il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le groupe de femmes d'âge inférieur ou égal 20 ans d'une part et celui d'âge supérieur à 34 ans d'autre part.

8.1.2 Taille de la mère

La taille a été retenue car elle reflète indirectement la perméabilité du bassin.

Nous n'avons pas rencontré de cas de femmes dont la taille est inférieure à 1,50 m.

Tableau IX - Score d'Apgar et taille maternelle .

SCORE D'APGAR TAILLE DE LA MERE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
150-154 cm	50,0 % (n=10)	30,0% (n=6)	20,0 % (n=4)	35,0 % (n=7)	15,0% (n=3)	50,0% (n=10)
155-159 cm	26% (n=13)	50% (n=25)	24% (n=12)	12% (n=6)	10% (n=5)	78% (n=39)
160-164 cm	38,8% (n=38)	31,6% (n=31)	29,6% (n=29)	24,5% (n=24)	10,2% (n=10)	65,3% (n=64)
165-169 cm	27,8% (n=22)	36,7% (n=29)	35,4% (n=28)	24,1% (n=19)	5,1% (n=4)	70,9% (n=56)
≥ à 170 cm	45,7% (n=21)	21,7% (n=10)	32,6% (n=15)	23,9% (n=11)	8,7% (n=4)	67,4% (n=31)

$OR_B = 1,33$

$\chi^2_{MH} = 2,76$ (p = 0,09)

On peut remarquer une augmentation de la fréquence des scores d'Apgar de notation forte au fur et à mesure que la taille augmente.

Cette différence n'est pas statistiquement significative lorsqu'on compare le groupe de femmes dont la taille inférieure à 1,60 m au groupe pour lesquelles elle est supérieure ou égale à 1,60 m.

De même, à la cinquième minute, il n'existe pas de différence statistiquement significative.

8.1.3 Poids de la mère

Tableau X - Score d'Apgar et poids de la mère

SCORE D'APGAR POIDS MERE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	08-10
45-49 kg	100,0% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	100,0% (n=1)	0,0% (n=0)
50-54 kg	50,0% (n=14)	32,1% (n=9)	17,9% (n=5)	21,4% (n=6)	21,4% (n=6)	57,1% (n=16)
55-59 kg	48,3% (n=28)	32,8% (n=19)	19,0% (n=11)	37,9% (n=22)	6,9% (n=4)	55,2% (n=32)
60-64 kg	33,3% (n=25)	36,0% (n=27)	30,7% (n=23)	18,7% (n=14)	8,0% (n=6)	73,3% (n=55)
65-69 kg	26,2% (n=16)	31,1% (n=19)	42,6% (n=26)	19,7% (n=12)	8,2% (n=5)	72,1% (n=44)
70-74 kg	17,2% (n=5)	37,9% (n=11)	44,8% (n=13)	6,9% (n=2)	0,0% (n=0)	93,1% (n=27)
75-79 kg	41,7% (n=5)	16,7% (n=2)	41,7% (n=5)	25,0% (n=3)	8,3% (n=1)	66,7% (n=8)
≥ 80 kg	34,5% (n=10)	48,3% (n=14)	17,2% (n=5)	27,6% (n=8)	10,3% (n=3)	62,1% (n=18)

$OR_B = 1,26$

$X^2_{MH} = 0,90$ ($p = 0,34$)

Le pronostic est bon pour le groupe des femmes dont le poids est compris entre 60 et 74 kg. Dans ce groupe, contrairement à ce qu'on observe pour les femmes dont le poids est inférieur à 60 kg et celles pour qui le poids est supérieur ou égal à 75 kg, les scores satisfaisants sont prépondérants et les taux de mauvais scores se réduisent. Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.

L'âge, le poids, et la taille, facteurs maternels classiquement reconnus comme ayant une influence sur le pronostic foetal, ne semblent pas jouer un rôle déterminant dans notre étude.

8.2 Facteurs foetaux

8.2.1 Poids de naissance

Tableau X I- Score d'Apgar et Poids de l'enfant

SCORE D'APGAR POIDS DE L'ENFANT	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
< 2000 g	52,3% (n=34)	30,8% (n=20)	16,8% (n=11)	29,2% (n=19)	21,5% (n=14)	49,2% (n=32)
2000-2500 g	34,9% (n=22)	30,2% (n=19)	34,9% (n=22)	25,4% (n=16)	6,3% (n=4)	68,3% (n=43)
2500-3000 g	26,9% (n=21)	35,9% (n=28)	37,2% (n=29)	16,7% (n=13)	5,1% (n=4)	78,2% (n=61)
3000-3500 g	31,1% (n=19)	41,0% (n=25)	27,9% (n=17)	18,0% (n=11)	4,9% (n=3)	77,0% (n=47)
3500-4000 g	28,6% (n=6)	33,3% (n=7)	38,1% (n=8)	28,6% (n=6)	4,8% (n=1)	66,7% (n=14)
≥ 4000 g	40,0% (n=2)	40,0% (n=2)	20,0% (n=1)	40,0% (n=2)	0,0% (n=0)	60,0% (n=3)

OR_B = 1,69

X²_{MH} = 10,83 (p = 0,0001)

L'état foetal à la naissance est satisfaisant lorsque le poids de naissance est compris entre 2500 et 3500 g.

Il n'existe une différence statistiquement significative avec les scores d'Apgar compris entre 0-3 et 4-7 que lorsque le poids est inférieur à 2500 g.

Ceci atteste du rôle aggravant du faible poids de naissance.

8.2.2 Mode de siège

Tableau XII : Score d'Apgar et Mode de siège

Score d'Apgar Mode de Siège	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Complet	38,6% (n=49)	31,5% (n=40)	29,9% (n=38)	21,3% (n=27)	10,2% (n=13)	68,5% (n=87)
Décomplété	29,9% (n=46)	38,3% (n=59)	31,8% (n=49)	19,5% (n=30)	7,8% (n=12)	72,7% (n=112)

$OR_B = 1,16$
 $\chi^2_{MH} = 0,55 \text{ (} p = 0,45 \text{)}$

L'état foetal à la naissance est meilleur dans les sièges décomplétés que dans les sièges complets.

Nous n'avons cependant pas trouvé de différence statistiquement significative.

8.3 Facteurs Obstétricaux

8.3.1 Parité

Tableau XIII : Parité et score d'Apgar

SCORE D'APGAR PARITE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
1PARE	35,1% (n=26)	48,6% (n=36)	16,2% (n=12)	14,9% (n=11)	12,2% (n=9)	73% (n=54)
2-3 PARES	30,8% (n=24)	24,4% (n=19)	44,9% (n=35)	17,9% (n=14)	9% (n=7)	73,1% (n=57)
4-5 PARES	38% (n=19)	22% (n=11)	40% (n=20)	28% (n=14)	4% (n=2)	68% (n=34)
≥ 6 PARES	38,5% (n=35)	38,5% (n=35)	23,1% (n=21)	30,8% (n=28)	8,8% (n=8)	60,4% (n=55)

OR_B = 3,16 (1 pare / 2-3pares)

X²_{MH} = 7,12 (p = 0,007)

OR_B = 2,43 (≥ 6 pares / 2-3pares)

X²_{MH} = 5,48 (p < 0,01)

Le pronostic foetal est meilleur chez la mère paucipare (parité de 2 ou 3) avec une différence statistiquement significative avec les primipares et avec les grandes multipares (parité ≥ 6).

8.3.2 Rupture prématurée des membranes

Tableau XIV : RPM et score d'Apgar

SCORE D'APGAR RPM	APGAR à M1			APGAR à M2		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Pas de rupture	34,1% (n=42)	33,3% (n=41)	32,5% (n=40)	26,8% (n=33)	8,1% (n=10)	65,0% (n=80)
≤ 6h	34,9% (n=22)	33,3% (n=21)	31,7% (n= 20)	19,0% (n= 12)	4,8 % (n= 3)	76,2% (n= 48)
> 6h	37,4% (n= 40)	36,4% (n=39)	26,2% (n= 28)	20,6% (n= 22)	12,1% (n= 13)	67,3% (n= 72)

$$OR_B = 0,98$$

$$\chi^2_{MH} = 0,00 (p = 0,98)$$

L'existence ou non d'une rupture prématurée des membranes (RPM) n'influence pas l'état foetal à la naissance.

Nous avons ainsi des proportions équivalentes de bons et de mauvais scores qu'il y ait ou pas ouverture prématurée de l'oeuf.

Si la rupture des membranes est survenue, il n'existe pas de différence statistiquement significative quelqu'en soit le délai.

8.4 Facteurs liés à la parturition

8.4.1 Notion d'évacuation

Tableau XV : Notion d'évacuation et score d'Apgar.

SCORE D'APGAR EVACUATION	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
NON	27,5% (n=50)	36,8% (n=67)	35,7% (n=65)	13,2% (n=24)	11,5% (n=21)	75,3% (n=137)
OUI	48,6% (n=54)	30,6% (n=34)	20,7% (n=23)	38,7% (n=43)	4,5% (n=5)	56,8% (n=63)

$$OR_B = 1,15$$

$$X^2_{MH} = 4,41 \text{ (p = 0,03)}$$

Le pronostic est mauvais pour les nouveau-nés des mères évacuées par rapport à ceux des mères non évacuées avec une différence qui est hautement significative.

8.4.2 Perfusion d'ocytocique

Une perfusion d'ocytocique a été administrée dans 64 cas soit une fréquence de 21,8%.

Tableau XVI : Ocytocique et score d'Apgar

SCORE D'APGAR OCYTOCIQUE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Non	31,4% (n=72)	36,2% (n=83)	32,3% (n=74)	20,5% (n=47)	9,2% (n=21)	70,3% (n=161)
Oui	50% (n=32)	28,1% (n=18)	21,9% (n=14)	31,3% (n=20)	7,8% (n=5)	60,9% (n=39)

$$OR_B = 2,27$$

$$X^2_{MH} = 5,2 \text{ (p = 0,01)}$$

Nous notons une différence statistiquement significative entre la situation où la perfusion d'ocytocique est administrée, et celle où elle ne l'est pas.

Tableau XVI I : Moment d'administration d'ocytocique et score d'Apgar

SCORE D'APGAR OCYTOCIQUE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
< = 5 cm	80 % (n=8)	10 % (n=1)	10 % (n=1)	60 % (n=6)	10 % (n=1)	30 % (n=3)
5 cm - DC	50% (n=9)	27,8% (n=5)	22,2% (n=4)	33,3% (n=6)	5,6% (n=1)	61,6% (n=11)
DC	41,7% (n=15)	33,3% (n=12)	25% (n=9)	22,2% (n=8)	8,3% (n=3)	69,4% (n=25)

OR_B = 0,9
X²_{MH} = 0,00 (p = 0,98)

Il apparaît cependant que le pronostic est d'autant plus péjoratif que la perfusion d'ocytocique est administrée précocement au cours de la parturition (différence non significative).

Il faut souligner que la perfusion d'ocytocique admnistrée chez la femme évacuée ne retentit pas de façon significative sur l'état foetal.

8.4.3 Durée du travail

Tableau XVIII : Durée du travail et score d'Apgar

SCORE D'APGAR DUREE DU TRAVAIL	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
< 6 Heures	32,2% (n=68)	33,2% (n=70)	34,6% (n=73)	20,9% (n=44)	9,5% (n=20)	69,7% (n=147)
6-24 Heures	41,0% (n=32)	39,7% (n=31)	19,2% (n=15)	26,9% (n=21)	7,7% (n=6)	65,4% (n=51)
≥ 24 Heures	100% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	50% (n=2)	0% (n=0)	50% (n=2)

OR_B =1,61

$\chi^2_{MH} = 7.90$ ($p < 0,014$)

L'étude de ce tableau montre que le pronostic est influencé par la durée du travail. Il est mauvais lorsque le travail (à compter de l'admission) est prolongé et supérieur à six (6) heures, avec une différence statistiquement significative.

8.4.4 Mode d'accouchement

*Eutocie

Tableau XIX : Accouchement eutocique et score d'Apgar

SCORE D'APGAR ACC. EUTOIQUE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Vermelin	33,6 % (n=46)	24,1% (n=33)	42,3 % (n=58)	21,9 % (n=30)	9,5 % (n=13)	68,6% (n=94)
Bracht	0,0% (n=0)	100,0 % (n=1)	0,0% (n=0)	0,0 % (n=0)	0,0% (n=0)	100,0% (n=1)
Petite Extraction Aidée	35,6 % (n=21)	45,8 % (n=27)	18,6 % (n=11)	22,0 % (n=13)	6,8 % (n=4)	71,2% (n=42)

Les scores avec une forte cotation (≥ 8) se rencontrent plus souvent pour l'accouchement par mode Vermelin 42,3% des cas, contre seulement 18,6% en cas de petite extraction aidée à la première minute.

A la cinquième minute les taux sont comparables.

* Dystocie

Tableau XX : Accouchement dystocique et score d'Apgar

SCORE D'APGAR ACC DYSTOCIQUE	APGAR à M1			APGAR à M5		
	0-3	4-7	8-10	0-3	4-7	8-10
Mauriceau	64,0 % (n=16)	36,0% (n=9)	0,0% (n=0)	44,0% (n=11)	20,0% (n=5)	36,0% (n=9)
GES	80,0 % (n=12)	20,0% (n=3)	0,0% (n=0)	33,3% (n=5)	20,0 % (n=3)	46,7% (n=7)
Rabaissement bras	100,0% (n=1)	0,0% (n=00)	0,0% (n=0)	100% (n=1)	0,0% (n=0)	0,0 % (n=0)
Césarienne	4,1% (n=2)	57,1% (n=28)	38,8% (n=19)	2,04% (n=1)	2,04% (n=1)	96% (n=47)
Autres	100,0% (n=6)	0,0 % (n=0)	0,0% (n=0)	100% (n=6)	0,0 % (n=0)	0,0 % (n=0)

Ce sont les manœuvres de Mauriceau et la GES qui apparaissent comme des méthodes fortement préjudiciables à l'enfant puisque des scores d'Apgar inférieurs ou égaux à 3 à la première minute sont trouvés respectivement dans 64% et 80% des cas .

Il est à noter que le pronostic est de loin meilleur dans les extractions par césariennes qu'elles soient prophylactiques ou de nécessité. Le score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à la première minute est exclusivement rencontré dans ces situations.

TROISIEME
PARTIE:

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSIONS

L'analyse des résultats de notre étude nous amène à évaluer certains paramètres au regard de la bibliographie internationale notamment Occidentale et Africaine.

I - INCIDENCE

La fréquence de la présentation du siège dans notre étude est élevée par rapport à celle observée dans la littérature qui varie entre 3 - 4 %.

Tableau XXI : Fréquence globale de la présentation du siège

Auteurs	Pays	Année	Fréquence
LEWIS	USA	1979	4,3%
DUBOIS	France	1986	3,2%
KARZAZI	Maroc	1990	3,13%
RACHDI	Tunisie	1992	3%
PICAUD	Gabon	1989	2,22%
DOLO	Mali	1988	1,72%
Notre étude	Sénégal	1992	5,4%

Classiquement,le mode décomplété est le plus fréquent, pouvant représenter jusqu'à 2/3 des cas. Cette tendance est retrouvée dans notre étude.

Tableau XXII : Fréquence selon le mode de siège

Auteurs	Pays	Année	Mode de Siège	
			Complet	Décomplété
CONDAMIN	France	1977	35,9%	64,1%
CAUVIN	France	1985	19,37%	67,6%
EL BAKALI	Maroc	1984	35,8%	64,2%
DOLO	Mali	1988	49,2%	49,2%
Notre Etude	Sénégal	1992	43,3%	52,6%

Concernant les variétés de position, nos données sont conformes avec celles de la plupart des auteurs en particulier DUBOIS (28) et LANSAC (46) qui considèrent le diamètre droit comme étant le diamètre d'engagement le plus fréquent.

II -PROFIL MATERNEL

1 - AGE

L'âge moyen est de 27 ans dans notre série. Cette valeur est retrouvée dans l'étude de ROSENAU (60), où l'âge moyen est de 27 ans, avec des extrêmes de 17 et 43 ans.

Il est à noter que les adolescentes que nous définissons comme étant âgées de 15 à 17 ans représentent 6.7% de notre effectif.

2 - PARITE

La fréquence relative de la présentation de siège varie avec la parité, elle est majorée aux parités extrêmes, en raison

- chez la primipare , de la fréquente hypotrophie utérine,
- chez la grande multipare de la complaisance de l'utérus.

Dans notre étude la parité moyenne est de 2,3. Le taux de primipares(25.6%) est moins important que celui rapporté par certains auteurs tels

- DOUX (26) : 40.8%
- DUBOIS (27) : 49.07%
- MARTIN (35) : 41.2%

Nous retrouvons comme ces derniers, une fréquence élevée de grandes multipares dans ces présentations pelviennes

- DUBOIS (27) : 35,02%.
- MARTIN (35) : 32,7%.
- dans notre étude: 30.9%.

Il est classiquement admis que la parité influence le mode de siège, avec une incidence relative plus importante du mode complet chez la multipare, et du mode décomplété chez la primipare. Cette influence de la parité sur le mode de siège n'a pas été retrouvée dans notre étude.

A remarquer que notre lot de 19 adolescentes s'inscrit de façon représentative (n=17 sur 73) dans le groupe présumé à risque de primipares.

3 - POIDS

Le poids moyen qui est de 67 kg, est largement supérieur à celui rapporté par ROSENAU (60) 54,7 kg ou CONDAMIN (19) 55,2 kg, soit des différences respectives de 12,3 kg et 11,8 kg.

4 - TAILLE

La taille permet de préjuger grossièrement de la perméabilité du bassin. La taille moyenne de nos cas, qui est de 1,63m est superposable à la moyenne retrouvée dans la population générale féminine. Ces mensurations s'alignent sur les résultats rapportés par BESSAGUET (8) et ROSENAU (60) qui relèvent une taille moyenne de respectivement 1,60m et 1,63m.

5 - BASSIN OBSTETRICAL

Les anomalies de configuration ou de dimensions du bassin, influencent théoriquement la survenue de la présentation pelvienne; en pratique cette influence paraît peu importante DUBOIS (28).

Dans notre travail, l'évaluation du bassin qui n'a été que clinique, procure des résultats dont l'interprétation doit être réalisée avec circonspection. En effet le diamètre promonto-retropubien bien que gardant les proportions normales est réduit de façon significative; il en est de même pour le bacrête.

Peut-on en déduire dans notre étude que le bassin joue un rôle dans la genèse de la présentation du siège ?

Nous ne pouvons répondre de façon formelle à cette question. L'idéal serait de pratiquer une radiopelvimétrie chez toutes les femmes ayant accouché par le siège, permettant de confirmer les viciations pelviennes de constat clinique et de mettre en évidence certaines anomalies du bassin passées inaperçues à l'exploration clinique.

CONDAMIN (19), dans une étude avec 162 radiopelvimétries effectuées, a retrouvé des angusties pelviennes se répartissant ainsi:

- * au détroit supérieur : 34 bassins transversalement retrécis, soit 11,5 %, et 11 bassins aplatis, soit 3,7 %,
- * au détroit moyen : 25 anomalies soit 8.2% ,
- * au détroit inférieur: 5 anomalies soit 1,6 %,
- * et un bassin asymétrique.

6 - ANTECEDENTS

Les antécédents de présentation de siège dans les grossesses précédentes sont classiquement mis sur le compte de malformations (utérus unicornes, didelphes ou cloisonnés). La révision utérine après l'accouchement, ou l'échographie dans le post partum immédiat permettent de les révéler. La proportion de femmes ayant présenté antérieurement un ou plusieurs accouchements en présentation de siège est de 11.3% dans notre série, en dehors de toute malformation cliniquement évidente. Ce taux qui s'apparente à celui retrouvé par SEEDS (66) aux Etats-Unis (11%), est supérieur à celui rapporté par la plupart des auteurs:

- ROSENAU(60) : 6%.
- DUBOIS(28) et DUMONT(30) : 8%,
- DOLO (25) : 10.1%,

De même une césarienne antérieure ou toute autre intervention, à l'origine d'une cicatrice utérine par la modification partielle de texture utérine qu'elle entraîne pourrait favoriser la survenue d'une présentation du siège. Dans

notre étude les antécédents de césarienne sont associés de façon significative avec la survenue d'une présentation de siège. Nous ne pouvons cependant pas préjuger du rôle joué par le type d'incision en raison d'une part, du nombre limité de cas, et de la non disponibilité de protocoles opératoires chez la majorité des patientes d'autre part.

III - LES FACTEURS FAVORISANTS

Parmi ceux classiquement incriminés, certains facteurs prédisposants ont retenu notre intérêt .

1 - FOETAUX

1.1 La prématurité

Nos résultats comparés à ceux de différents auteurs nous montrent un taux élevé(38.7%) et prouve si besoin était, que la prématurité est un facteur favorisant de la présentation du siège comme cela a été rapporté dans de nombreux travaux parmi lesquels:

- CAUVIN (16) : 12,5%.
- PAPIERNICK (40) : 16%.
- EL BAKALI (31) : 22%.
- BELMEJDOUB (6) : 24,3%.

Ainsi, dans le but d'en limiter les écueils SASSIN (64) et DOUX (26), rapportent dans une étude qu'une diminution de la fréquence de prématurité dans la présentation du siège peut être obtenue par une surveillance prénatale plus intense, une prévention et une médicalisation plus importante des risques d'accouchement prématuré (hospitalisation et utilisation de β mimétiques).

1.2 La Gémellité

Nous remarquons une fréquence élevée des grossesses gémellaires, ce qui est bien connu. Les mêmes constatations sont faites par KARZAZI (43) et PICAUD (56) qui rapportent des taux de 20,9% et de 23%.

Dans notre étude, nous constatons que le premier et le deuxième jumeau sont retrouvés avec les mêmes fréquences, ce qui rejoint les données de PICAUD (56). Alors que pour BARRIER (3) et DUBOIS (28), c'est le premier jumeau qui se présente le plus souvent en siège.

1.3 Les malformations

Bon nombre de malformations se rencontrent en fait avec une fréquence supérieure à celle qui était statistiquement prévue, comme l'ont émis BRENNER (15) et WIPF (79); particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...) ou son activité (spina bifida, myeloméningocèle, trisomie 13 ou 18). La fréquence globale de ces anomalies, qui est de 1,6% environ pour l'ensemble des naissances, apparaît au moins multipliée par deux dans les présentations du siège : 6,3% contre 2,4% selon BRENNER (15).

L'hydrocéphalie est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée dans la présentation du siège. Le taux de 3,07% relevé dans notre étude, apparaît donc bien supérieur à ceux rapportés dans la littérature :

- DUBOIS (28) : 1 %
- CONDAMIN (19) : 0,97%

Ce fait pose à nouveau l'insuffisance de la prise en charge de la grossesse, et notamment, le diagnostic précoce des malformations fœtales.

2 - ANNEXIELS

2.1 Placenta praevia

De nombreux auteurs, tels DUBOIS (27), LANSAC (46) et MAHON (51) attribuent au placenta praevia un rôle dans la genèse de la présentation du siège, car elle gêne l'accommodation.

Dans notre étude, elle est retrouvée avec une fréquence de 6,2%, donc supérieure à celle rencontrée dans la littérature:

- CONDAMIN (19) : 0,06%
- KARZAZI (43) : 0,46%

2.2 Brièveté du cordon ombilical

Il est classique d'attribuer à la brièveté du cordon ombilical (longueur < 40 cm) une influence dans la survenue de la présentation du siège. Cette constatation est confirmée par les travaux d'auteurs européens tel CONDAMIN (19). Cette même constatation est faite dans notre travail.

2.3 Anomalies de volume du liquide amniotique

L'insuffisance et l'excès du liquide amniotique peuvent intervenir directement en entravant la mobilité foetale, mais il faut toujours rechercher, s'ils ne sont pas le fait d'une malformation foetale (exemple: oligoamnios du syndrome de Potter ,ou hydramnios de la trisomie 18).

Nos résultats sont superposables aux taux rapportés dans la littérature :

- KARZAZI (43) : 1,84% pour l'hydramnios et, 0,6% d'oligoamnios,
- PROMATHIOS (37) : 1,64 % pour l'hydramnios et, 0,64% d'oligoamnios,
- Notre étude : 1,7% pour l'hydramnios et, 0,6% d'oligoamnios.

IV - PARTURITION

Le mode d'accouchement au cours de cette présentation a fait émettre beaucoup d'opinions avec des lignes de conduite propres basées le plus souvent sur des expériences individuelles. En tout état de cause, la majorité des auteurs s'accordent aujourd'hui sur un élargissement des indications de la césarienne. L'indication de la voie haute a été portée dans notre expérience, dans 49 cas soit 16,7%. Les indications prophylactiques (11 cas) représentent plus de deux césariennes pratiquées sur dix. Ces taux sont supérieurs à ceux de la plupart des maternités africaines tels :

- DOLO (Mali) = 10,1%
- PICAUD (Gabon) = 7,8%
- KARZAZI (Maroc) = 6,9%

Il est comparable aux statistiques des maternités tunisiennes, mais reste toutefois inférieurs à celles occidentales. CONDAMIN (37) de l'école lyonnaise rapportait déjà en 1977 un taux de césarienne de 25,9%, dont près de sept sur dix étaient d'indication prophylactique. Plus récemment, des taux élevés de 30% voire 43,8% ont été signalés par DUBOIS (27) en 1981 et BEAUDOUX (4) en 1990.

Dans notre travail, la voie basse est acceptée dans 83,2% des cas; à un taux donc inférieur à ceux enregistrés dans des maternités de la sous région comme Libreville ou Bamako, où PICAUD (56) et DOLO (25) rapportent des taux respectifs de 92,2% et 89,1%. Notre taux se superpose aux données tunisiennes avec 81,6% pour RACHDI (58), mais reste en deçà des proportions relevées dans la littérature occidentale. L'exemple en est donné par l'étude de DUBOIS (27) de l'école Rennoise qui totalise 70% d'accouchements par voie basse, dont 27,7% seulement sont effectuées par une manoeuvre de grande extraction de siège. Cela explique le fait que la plupart des auteurs renoncent à cette intervention qui est considérée comme une solution de nécessité et qui représente d'ailleurs 5,1% dans notre statistique.

V- PRONOSTIC

En raison du développement des moyens de prise en charge néo-natale, et de l'élargissement des indications de césarienne, le devenir de l'enfant né par siège occupe une place primordiale parmi les préoccupations de l'accoucheur d'aujourd'hui.

1 - FOETAL

1.1 Global

Le pronostic foetal global apprécié par le score d'Apgar est significativement péjoratif en présentation du siège par rapport à celui en présentation du sommet.

35,5% des enfants nés en présentation du siège ont un score d'Apgar compris entre 0-3 à la première minute contre seulement 7,8% des enfants nés en présentation du sommet, soit un taux quatre fois supérieur. ROSENAU (60) fait des constats similaires et relève une forte proportion de mauvais indices d'Apgar (inférieur à 7), dans 19% des cas à une minute. Il ajoute que les moins bons résultats sont notés avec les sièges méconnus et lors des extractions difficiles. De même, dans notre étude, nous incriminons les mauvaises conditions dans lesquelles se passent l'accouchement. En effet 44,7% des grossesses étaient mal suivies, les patientes ayant fait tout au plus deux consultations prénatales.

La radiopelvimétrie étant presque inexistante (1 cas) et l'échographie obstétricale insuffisamment réalisée (58 cas dont 6 au cours du travail), l'évaluation du bassin et du poids foetal se fait par le seul examen clinique, inextrémis, en phase plus ou moins avancée de parturition.

La mauvaise prise en charge de la grossesse a donc bien pour conséquence une mauvaise évaluation du pronostic de l'accouchement.

* Un nombre assez élevé de patientes (39,4%) nous était adressé de centres périphériques souvent avec une ouverture prolongée de l'oeuf et une dilatation avancée, fréquemment après échec d'une tentative d'accouchement par les voies naturelles :

- usage incohérent de médicaments (ocytociques, antispasmodiques);
- expressions utérines;
- manoeuvres obstétricales diverses.

Il nous fallait donc terminer l'accouchement dans les plus mauvaises conditions.

* De plus, les moyens de surveillance foetale n'étaient pas parfaits en raison surtout de l'absence de monitoring.

1.2 Les facteurs du pronostic foetal

1.2.1 Facteurs maternels

* L'âge maternel : dans notre étude, il n'a pas influencé le pronostic. Comme l'a relevé FIANU (33), un âge maternel inférieur à 18 ans, et surtout supérieur à 35 ans est considéré comme défavorable. C'est d'ailleurs une constante pour toutes les anomalies et complications de la gravido-puerpéralité. Pour ROSENAU (60), il n'a pas modifié le pronostic , en dehors du cas de la primipare âgée qui n'est pas pris en compte dans l'évaluation courante du risque.

* Le poids maternel : peu d'auteurs ont étudié ses conséquences sur le fœtus. Pour BARRIER (2), le risque foetal est multiplié par six quand il dépasse les 90 kg. Pour BISTOLETTI (10), il constitue l'un des facteurs de risque de l'accouchement par voie basse: une prise de poids dépassant 15 kg s'accompagne de scores d'Apgar moins bons, toutes voies d'accouchement confondues. Dans notre travail, nous avons eu recours au poids de fin de grossesse qui malgré tout n'influence pas l'état foetal à la naissance.

* La taille maternelle est un élément d'appréciation, bien qu'elle ne soit pas toujours corrélée avec les dimensions du bassin osseux. Les femmes de taille inférieure à 1,50m, accouchent moins favorablement en cas de siège, RACHDI (58).

Nous n'avons cependant pas relevé, dans notre série, de femmes dont la taille est inférieure à 1,50m.

Toutefois, selon DENIS (21), les mères de petite taille (moins de 1,50m) ou de grande taille (1,61m et plus) ont des nouveau-nés dont le score d'Apgar, à une minute est bon, avec une moyenne de 7,5. Par contre, les mères dont la taille est comprise entre 1,50m et 1,60m ont des nouveau-nés dont le score d'Apgar descend à une moyenne de 6,6. Ceci ne se trouve pas confirmé dans notre série.

1.2.2 Facteurs foetaux

* Le poids foetal est d'une incontestable importance. La macrosomie ou, de façon générale, la disproportion foeto-pelvienne est un élément de mauvais pronostic, d'où la nécessité d'apprécier aussi exactement que possible par la clinique et surtout l'échographie, le poids ou mieux le volume du fœtus. La césarienne est conseillée pour une estimation de 4200g selon MYERS (54); 4000g selon DENIS (22) et TATUM (68); ou 3800g selon DELLENBACH (20), GOLDENBERG (36) et BEAUDOUX (4). Pour d'autres auteurs comme DUBOIS (27), le poids n'a qu'une valeur relative : il faut l'apprécier par rapport à d'autres critères tels la parité et surtout la capacité du bassin.

Le faible poids de naissance par le biais de la prématurité et/ou l'hypotrophie est désormais reconnu comme étant une cause de mortalité périnatale selon BEAUDOUX (4), BELAID (5), BOUKHTIOUA (12) et DUBOIS (27). Dans notre étude, il constitue un facteur certain de détérioration de l'état foetal. En effet, 43,7% des enfants dont le poids est inférieur à 2500g ont un score d'Apgar compris entre 0-3.

* Mode de siège : Classiquement, le siège complet était considéré comme étant de meilleur pronostic, son expulsion étant plus aisée. La plupart des études récentes par des auteurs tels BESSAGUET (8), DUBOIS (28) en font plutôt un facteur défavorable car il retarde l'appui de la présentation sur le col, favorise

la rupture prématurée des membranes, les anomalies de la dilatation, ainsi que les procidences d'un pied et/ou du cordon. Pour DUBOIS (28), ces accidents sont majorés chez la multipare. DENIS (22), quant à lui, rapporte une mortalité trois fois plus élevée dans les sièges complets que lors des sièges décomplétés.

Nos résultats rejoignent ceux de BARLOV (1), FIANU (34), et ROSENAU (60) qui notent que le pronostic est indépendant du type de siège.

1.2.3 Facteurs obstétricaux

* La parité

La primiparité est classiquement un facteur de risque comme le prouvent encore certains auteurs tels SUZANNE (67) et ZATUCHNI (74). Sa gravité pronostique a été récemment remise en question par GIMOVSKY(35), GOLDENBERG (36), et KARP (42), pour qui la notion de "bassin ayant fait ses preuves" des multipares est caduque en raison de la mécanique d'accommodation totalement différente pour le siège. Il semble par ailleurs que la multiparité soit un facteur de risque comme le rapporte GIMOVSKY (35) et KARP (42). Notre travail fait apparaître les mêmes influences que l'on attribue à ces parités extrêmes.

* La rupture prématurée des membranes

Notre attitude au cours du travail obéit aux règles de l'école Bordelaise parmi lesquelles; le respect de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète, en l'absence d'anomalie.

La majorité des auteurs attribuent à la rupture prématurée des membranes une signification péjorative, parce qu'elle constitue un facteur de détérioration de l'état foetal. Cependant, dans notre étude, cela ne constitue pas un élément déterminant sur le pronostic foetal. Ceci peut être dû au fait que notre population d'étude présente un profil particulier, car étant constituée en grande majorité de patientes sélectionnées, suivies dans des structures sanitaires de la périphérie et référées lorsque le pronostic de l'accouchement est compromis.

1.2.4 Facteurs liés à la parturition

* Notion d'évacuation

Ce facteur est propre à notre contexte du travail, en raison du rôle de référence nationale que joue notre structure en matière d'Obstétrique. Le pronostic est nettement péjoratif avec un taux élevé de faibles scores d'Apgar chez les nouveau-nés de mères évacuées (46,8%) contre seulement 27,5% des nouveau-nés de mères non évacuées. La différence est hautement démonstrative.

Il faut peut-être ici voir le rôle joué par une prise en charge préalable inappropriée.

* Perfusion d'ocytociques

L'utilisation des ocytociques est contre-indiquée par les premiers auteurs qui ont tenté de faire une évaluation. Leur utilisation a connu une certaine évolution en France depuis les travaux de BOSSART (11), de l'école Bordelaise en 1956 qui l'autorise à dilatation complète. La perfusion d'ocytociques cherche à éviter une insuffisance terminale des contractions utérines. Elle doit être placée à une dilatation de 8cm, le pôle pelvien étant sur le plancher périnéal. Elle sera alors poursuivie jusqu'à l'expulsion de la tête dernière. La justesse de cette conception, sera confirmée par les travaux de nombreux auteurs français qui en ont fait leurs dogmes, tels DOUX-GIMET (26) et DUBOIS (27). CONDAMIN (19) de l'école Lyonnaise en élargit les indications et l'utilise dès 5cm de dilatation avec de meilleurs résultats : 17,7% de mauvais score d'Apgar à 5cm, contre 20% à dilatation complète. Dans notre étude, il ressort que l'utilisation d'ocytocique est de mauvais pronostic sur le fœtus, ce quelque soit le moment de l'administration. La part des parturientes référées et des grossesses à risques constitue indéniablement une explication à cet état de faits. A souligner cependant que certains auteurs anglo-saxons tel BINGHAM (9), l'utilisent dans le cadre d'un déclenchement du travail.

* Durée du travail

Nous avons pris en compte la durée du travail de l'admission jusqu'au moment de l'expulsion. Il découle de notre étude que l'allongement de la durée du travail est un facteur de mauvais pronostic foetal. Une durée de six heures semble être le délai tolérable pour terminer l'accouchement, si l'on veut préserver toutes ses chances au fœtus. Cela se justifie par la valeur de la prise en charge dont ont fait l'objet ces parturientes avant leur admission, et sur laquelle une plus grande réserve doit être portée pour amener à plus de prudence dans les décisions.

* Mode d'accouchement

Il ressort de notre série que les manoeuvres d'extraction par voie basse, notamment la manoeuvre de MAURICEAU et la grande extraction du siège sont hautement préjudiciables à l'enfant, ce qui n'est pas le cas lorsque l'option choisie est l'accouchement spontané (Vermelin) ou la voie haute (Césarienne). Ceci se trouve confirmé par la majorité des travaux. A titre d'exemple CONDAMIN (19), publie une morbidité établie d'après un bilan d'Apgar inférieur à 7 se présentant ainsi:

- accouchement spontané	: 13,6%
- petite extraction	: 34,4%
- manoeuvre de MAURICEAU	: 52 %
- forceps sur tête dernière	: 69,6%
- grande extraction du siège	: 68 %

Les manoeuvres d'extraction par voie basse, surtout la grande extraction du siège, constituent une mauvaise intervention, trop risquée pour le fœtus et même pour la mère. Des auteurs tels GRANJON et HENRION (38), ayant publié une série de grande extraction (52 observations) sans mort foetale, ne la recommandent finalement guère. Actuellement, plus que d'entraîner les accoucheurs à parfaire leur technique de ces manoeuvres, les auteurs occidentaux préconisent d'évaluer le risque d'accouchement par le siège.

Il apparaît une "loi du tout ou rien". L'idéal semble alors être de ne conserver que deux modalités d'accouchement, celles qui ont une mortalité nulle et un Apgar moyen élevé : l'accouchement spontané et l'opération césarienne. Nous souscrivons donc à la limitation des indications de la grande extraction du siège qui doit être essentiellement réservée au deuxième jumeau. Une petite extraction, ou à l'opposé une césarienne tardive, doit lui être préférée. De même, la manoeuvre de MAURICEAU, doit voir ses applications pondérées, et remplacée dans la mesure du possible par la méthode de WIGAND-MARTIN qui évite l'écueil des lésions neurologiques de la tête et du cou. Sortent de ce cadre des situations extrêmes qui nous sont imposées chez les référées, où ces manoeuvres constituent un pis-aller.

1.3 La mortalité

Nous avons relevé 93 cas de décès périnataux soit une mortalité de 31,7%. Comparés aux résultats relevés dans la littérature, nos chiffres sont intolérables découlant au moins en partie du mode d'accouchement qui s'avère néfaste sur l'état foetal.

Tableau XXIII : Mortalité périnatale selon les auteurs

Auteurs	Pays	Année	Fréquence
DUBOIS	France	1981	0,4%
MAGNIN	France	1980	1,8%
RACHDI	Tunisie	1992	3,68%
KARZAZI	Maroc	1991	6,74%
DOLO	Mali	1988	22,6%
PICAUD	Gabon	1989	25,7%
Notre étude	Sénégal	1992	31%

Certains auteurs, tel GREEN (39), s'accordent néanmoins sur le fait que la multiplication des césariennes est loin d'être le seul facteur capable de réduire la mortalité périnatale. Selon ROSENAU (60) et DUBOIS (28), les progrès de la réanimation périnatale et l'abandon des manoeuvres traumatiques, (en particulier la GES) considérées comme trop risquées pour le foetus, doivent largement contribuer à la baisse de la mortalité périnatale.

2 - MATERNEL

Le pronostic maternel de la présentation du siège vaudrait celui de la présentation du sommet. Les risques supplémentaires en cas de présentation du siège sont pour MAHON (51) le périnée, et DUBOIS (29) le taux élevé de césarienne .

Dans notre série, la morbidité est quasi nulle marquée cependant par un taux insuffisant d'épisiotomies. La mortalité n'est pas négligeable (1,1%). Elle est en rapport comme¹¹est classiquement admis avec la césarienne.

CONCLUSION

L'accouchement en présentation du siège demeure une préoccupation dans notre pratique obstétricale quotidienne, du fait des risques de mortalité et morbidité foetales qu'il comporte. Ceci nous a poussé à apporter notre contribution à l'étude de la présentation du siège et à définir ses aspects dans nos régions singulièrement en Afrique sub-saharienne où peu d'études lui ont été consacrées.

Nous avons effectué dans notre service, qui constitue la structure nationale de référence-recours en santé maternelle une étude prospective, de type exposés - non exposés, sur une période de douze (12) mois allant du 17 Octobre 1991 au 16 Octobre 1992.

Nos objectifs étaient :

- d'estimer l'incidence des accouchements par siège,
- de décrire le profil de la parturiente,
- d'étudier le rôle de facteurs favorisants incriminés dans la survenue de la présentation du siège, et
- d'évaluer la mortalité et la morbidité foeto-maternelles au cours de l'accouchement par présentation du siège.

Nous avons colligé un total de 293 accouchements par siège.

Il ressort de notre étude, que la présentation du siège n'est pas rare, car observée avec une fréquence de 5,4%.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retenu,

- la grande multiparité retrouvée avec une fréquence de 30,9%,
- le siège récidivant observé dans 11,3% des cas,
- les antécédents de césarienne qui semblent avoir une influence significative sur l'incidence de la présentation du siège avec la réserve faite sur le rôle que peut jouer le type d'incision,

- la gémellité retrouvée dans 21,3% des cas,
- l'hydrocéphalie observée avec un taux non négligeable de 3% ,
- la brièveté funiculaire est rencontrée de façon plus importante (14,7%) que dans la littérature.

Le suivi de la grossesse est largement insuffisant :

- 44,7% de nos patientes ont fait tout au plus deux (2) consultations prénatales,
- le diagnostic n'est posé qu'au moment de la parturition dans 92% des cas, et
- les examens paracliniques sont quasi inexistants.

Notre conduite de l'accouchement est dictée par les règles proposées par l'école Bordelaise:

- Les dystocies sont observées dans 32,76% des cas, dominées par la souffrance foetale, le défaut d'engagement, l'arrêt de progression et la rétention de tête dernière,
- l'accouchement s'est produit par voie basse dans 83,2% des cas, dont 33,7% de manoeuvres obstétricales d'extraction (petite extraction aidée, manoeuvre de MAURICEAU, et grande extraction du siège);
- dans 16,7% des cas, l'accouchement s'est effectué par césarienne avec comme principale indication la souffrance foetale (38,8%).

Le pronostic des enfants nés par présentation du siège est nettement péjoratif comparé à celui des enfants nés en présentation du sommet.

35,5% des enfants nés en présentation du siège ont un score d'Apgar compris entre 0-3 contre seulement 7,5% pour ceux nés en présentation du sommet.

Par ailleurs, la mortalité périnatale est quatre fois plus élevée dans la présentation du siège, avec un taux de 31,7% contre 7,16% dans la présentation du sommet.

Le pronostic maternel est péjoratif, en rapport avec l'intervention césarienne.

L'analyse des différents facteurs intervenant dans le pronostic foetal, nous a permis de révéler le rôle défavorable de certains facteurs que sont :

- les parités extrêmes (primipares - grandes multipares),
- le faible poids de naissance inférieur à 2500g ,
- l'utilisation d'ocytociques, quelqu'en soit le délai au cours de la parturition,
- la parturiente référée (48,6% de mauvais scores d'Apgar chez les nouveaux-nés de mères évacuées),
- la durée du travail supérieure à six heures, à compter de l'admission,
- les manoeuvres obstétricales d'extraction par voie basse (MAURICEAU et grande extraction du siège).

Nous insistons par conséquent sur :

- la nécessité d'une évaluation foetale qui doit tenir compte de l'âge de la grossesse, mais surtout du poids foetal,
- l'utilisation des ocytociques selon les règles dictées par l'école Bordelaise, qui doit se limiter aux cas purs excluant les parturientes évacuées .

Tout en restant fidèle à ces mêmes règles, il faudrait:

- * accepter la voie basse si le pronostic est franchement bon et recourir à la voie haute devant la moindre dystocie,

* réaliser idéalement l'accouchement dans un délai de 6 heures pour préserver le pronostic foetal;

* au cours du travail, être avare en manoeuvres d'extraction par voie basse qui s'avèrent trop nocives pour le fœtus.

Ces résultats enfin, démontrent l'impérieuse nécessité de faire bénéficier nos gestantes d'une prévention primaire axée sur le diagnostic, l'évaluation pronostique, sinon la référence à temps, seule garante d'un accouchement libre pour l'obstétricien et heureux pour la future mère.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARLOV K., LARSSON G.

Results of a five years prospective study using a feto pelvic scoring system for term singleton breech delivery after a complicated pregnancy.

Acta. obstet . Gynecol . Scanddd, 1986, 65, 315-319.

2. BARRIER J.

Présentation du siège.

Rev. Prat., 1975, 25, 3, 179-185.

3. BARRIER J., BOSSART H., LEWIN D.

La présentation du siège. In Traité d'Obstétrique.

Par VOKAER R., tome 2, 364-385 Masson Ed. 1985.

4. BEAUDOUX P.

L'accouchement en présentation du siège. Etude rétrospective au cours des années 1980 à 1987 au CHU de Poitiers.

Thèse Méd., Poitiers, 1990, n° 103.

5. BELAID M.

L'accouchement par le siège, à propos de 656 cas à la maternité de Sousse.

Thèse Méd., Sousse, 1988, n° 244.

6. BELMEJDOUB A.

Présentation du siège. Voie basse, voie haute, série continue de 160 cas à la maternité des Orangers de Rabat.

Thèse Méd., Rabat, 1984, n°438.

7. BERLAND M., PIC J.C

Conduite à tenir au cours de l'accouchement accepté par voie basse dans la présentation du siège.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1986, 15, 1097-1100.

8. BESSAGUET D.

Etude de l'état des nouveau-nés après l'accouchement en présentation du siège.

Thèse Méd., Bordeaux, 1981, n°384.

9. BINGHAM P., LILFORD R.J.

Management of the selected term breech presentation : assessment of the risks of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases.

Obstet. Gynecol., 1987, 69, 965-978.

10. BISTOLETTI P., NISEL H., PALME C., LAGERCRATZ H.

Term breech delivery: early and the late complications.

Acta Obstét. Gynecol. Scanddd, 1981, 60, 165-171.

11. BOSSART H.

387 accouchements en présentation du siège . Bilan critique de l'expérience de la clinique obstétricale de Bordeaux de 1956 à 1965.

Thèse Méd., Bordeaux, 1966, n°212.

12. BOUKHTIOUA L.

Etude rétrospective de l'accouchement en présentation du siège, à propos de 1240 cas à la maternité de l'hôpital HABIB THAMEUR de 1980 à 1986

Thèse Méd. Tunisie, 1987, n° 204.

13. BOWEN - SIMPKINS P., FERGUSON I.L.C.

Lunbar épidural block and the breech presentation .

Br. J. Anaeth, 1974, 46 , 420-424.

14. BOWES W.A., TAYLOR E.S., O'BRIAN M., BOWES C.

Evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal results.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1979, 135, 965-973.

15. BRENNER W.E., BRUCE R.D., HEINDRICKS C.H.

The characteristics and perils of breech presentation.

Am. J. Obstet. Gynecol, 1974, 118, 700-713.

16. CAUVIN P.

Accouchement en présentation du siège à la maternité C de Bordeaux, au cours des années 1981-1982-1983.

Thèse Méd. Bordeaux, 1985, n° 394.

17. CHASTRUSSE L. SOUMIRU-MOURAT J., SECHERRE G., DOUX C.,

LACARCE L.

L'accouchement en présentation du siège à la maternité A.C. PELLEGRIN - Bilan de 10 années.

Bordeaux Médical, 1978, 11, n°23 : 2099.

18. COLETTE C., ASSUS M., COLLASSON F., ZURLINDEN B., L'YVONNET M.

Conduite à tenir devant une présentation du siège. Utilisation du Vacuum Extractor.

Rev. Fr. Gynécol.Obstét., 1974, 69, 2, 103-110.

19. CONDAMIN P.

Etude de 309 accouchements en présentation du siège à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Thèse Méd., Lyon, 1976, n°340.

20. DELLENBACH P., NISAND I., JACQUEMIN D.

Présentation du siège.

Mises à jour en Gynécologie-Obstétrique, Vigot Paris, 1979.

21. DENIS A., TEXIER M., ROUCHY R.

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

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1976, 71, 5, 309-316.

22. DENIS A.

Accouchement en présentation du siège : critères de pronostic foetal
Communication au 31e congrès de la Fédération des Gynécologues et
Obstétriciens de langue française, Tours, 1986.

23. DESMOULIN S.

Contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège par la méthode de BRACHT.

Thèse Méd., Bordeaux, 1952-1953, n°234.

**24. DIARRA S., GASSAN H., TOURE-COULIBALY K., KOUAKOU F.,
WELFFENS-EKRA C., HEROIN P.**

Évaluation des risques foetaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient (c) de corrélation.

Ann. Uni. Abidjan., 1983, 17, 291-296.

25. DOLO A., DEMBELE A., DIABATE F.S., KEITA B., MAIGA B.

L'accouchement du siège dans les maternités du district de Bamako à propos de 128 cas.

Publications Médicales Africaines, 1988, n°108, 37-42.

26. DOUX G.

L'accouchement en présentation du siège à la maternité A et C de Bordeaux, 1967-1976.

Thèse Méd., Bordeaux, 1979 n°45.

27. DUBOIS J.

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

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1981, 10, 479-492.

28. DUBOIS J., GRAAL JY., PHILIPPE HY., PANGUI E., POULAIN P., LEPORS P.

La présentation du siège.

E.M.C., Gynécol. Obstét., 5026 A10, 1986, 13 p.

29. DUBOIS J., GRALL J.Y.

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1990, 85, 5, 336-341.

30. DUMONT M., NELKEN S., CONDAMIN P.

Etude de 309 accouchements en présentation du siège. Evaluation du risque foetal.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1977, 72, 775-778.

31. EL BAKALI A., ACHOUR M., OUDGHIRI A., CHAOUI A.

Conduite à tenir devant la présentation du siège chez la primipare.

Maroc Médical, 1985 Tome VII, n° 3: 712.

32. FERNANDEZ H., PAPIERNIK E.

Manoeuvre de ZAVANELLI; application à la rétention de tête dernière.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1990, 19, 483-485.

33. FIANU S.

Foetal mortality and morbidity following breech presentation.

Acta Obstet. Gynecol. Scanddd., 1976, supplement 56,1-86.

34. FIANU S., JOELSSON I.

Minimal brain dysfunction in children born in breech presentation.

Acta Obstet. Gynecol. Scanddd., 1979, 58, 295-299.

35. GIMOVSKY M.L., MARTIN L., PAUL R.H.

Singleton breech presentation. In labor, experience in 1980

Am. J. Obstet. Gynecol., 1982, 143, 733 - 737.

36. GOLDENBERG M.L, NELSON K.G.

The unanticipated breech presentation in labor.

Clin. Obstet. Gynecol., 1984, 27, 95-105.

37. GONNET J., PROMATHIOS E.

Evaluation du risque foetal dans la présentation du siège à propos de 563 observations.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1977, 72, 12, 771-774.

38. GRANJON A., HENRION R.

Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège,
grande extraction systématique.

Gynécol. Obstét., 1959, 58, 43-64.

39. GREEN J.E., Mc LEAN F., SMITH S.P., USHER R.

Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced in
the incidence of birth asphyxia, trauma and death.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1982, 142, 6, 643-648.

40. HELUING G., HAJERI H. PAPIERNICK E.

Accouchement par le siège, résultats à propos d'une série de 300 cas.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1978, 7, 5, 975-986.

41. HOROVITZ J.

Présentation du siège.

Journées d'études sur les accouchements pathologiques Bordeaux 18-19

Mai 1990.

42. KARP L.E.

Breech presentation and parity : the proof of the pelvis.

JAMA, 1983, 249, 5 : 647.

43. KARZAZI M.

Présentation du siège. Etude de 652 cas à la maternité des Orangers de Rabat.

Thèse Méd. Rabat, 1990, n°113.

44. KUBLI (F), RUTTIGERS (H)

Malprésentations in «les grossesses à haut risque».

Masson, Paris, 1980.

45. LACOMME M.

Présentation du siège.

Pratique Obstétricale, 1960.

46. LANSAC J., BODY G.

Présentation du siège.

Pratique de l'accouchement, 1989, 95-107.

47. LEFEVRE J., CARDI S., DEAIS A., MARCHETTA J., PETIPREC C., GIROSIEUX P.

Accouchement des enfants de petits poids en présentation du siège.

Pronostic foetal et date de l'opération césarienne.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1982, 77, 185-189.

48. LEWIS B.V., SENEVIRATNE H.R.

Vaginal breech or cesarean section.

Am. J. Obstet . Gynecol., 1979, 134, 615.

49. MADELENAT P.

La présentation du siège. le problème des déflexions primitives de la tête foetale.

La nouvelle presse médicale, 1974, 3 , 131-132.

50. MAGNIN P., BERLAND M.

Que reste-t-il des manoeuvres obstétricales?

Mises à jour en gynécologie obstétrique, Vigot, Paris, 1980, 147-168.

51. MAHON R.

Présentation du siège.

Fiches de pratique médicale (Fichier Desfour), 1956.

52. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.

Présentation du siège.

Précis d'obstétrique - Masson, Ed V, 1989, 162-178.

53. MULLER G., MELCHIOR J., LEMOINE J.P., DUVAL C.L., BERNARD N.,
AUZELLE P.

L'accouchement prématuré en présentation du siège.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1986, 15, 8: 1101.

54. MYERS A.

A New technique for flexion of the after coming head during breech delivery.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1986, 155, 1, 33-34.

55. PELLE J., FAVIER M.

Le siège.

La pratique médicale, 1985, 24, 9-25.

56. PICAUD A., FAYE A., NCOME-NZE A.R., NDOMBI II, ELLA-EKOCHA R.,
ONDO-MVE R.

Accouchements des présentations pelviennes à propos de 561 cas en 3 ans.

Médecine d'Afrique Noire, 1989, 36, 8-9.

57. RACHDI R., MOUELHI CH., FEKIR M.A., HAJJANI R., BRAHIM H.

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

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1992, 87, 7-9, 415-418.

58. RACHDI R. FEKIH M.A., MOUELHI C., MESSAOUDI L., BRAHIM H.

Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège. Etude statistique à propos de 543 observations.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1993, 88, 4, 249-252.

59. RIVIERE M., CHASTRUSSE L., COMBRET C.

Pronostic foetal dans l'accouchement en présentation du siège.

Bull. Féd. Gynécol. Obstét. Fr., 1956, 8, 466-470.

60. ROSENAU L., GROSIEUX P., DENIS A., LAHLOU N., FOURNIS H.,
LEBOUVIER B., SERRA V., LE POITTEVIN L.

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

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1990, 85, 5, 271-281.

61. ROUVILLOIS J.L., VARANGOT J.

Etude statistique des accouchements par le siège à la maternité de Port Royal de 1966 à 1979.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1976, 5, 825-830.

62. SALING E., MULLER - HOLVE W.

External cephalic version under tocolysis.

J. PERINAT, Med., 1975, 3, 115-122.

63. SANDBERG E.C.

The ZAVANELLI manoeuvre : a potentially revolutionary method for the resolution of shoulder dystocie.

Am. J. Obstét. Gynecol., 1985, 152, 479-482.

64. SASSIN J.R.

Etude de l'accouchement du siège. A propos de 716 cas observés à la maternité B de Bordeaux 1972-1981.

Thèse Méd. Bordeaux, 1982, n°281.

**65. SAUVAGE P., MESSER J., LEISSNER P., JALLOIS M., SCHICK A.R.,
BURGUN P.**

Lésions majeures des testicules observées chez des enfants nés par le siège.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1973, 68, 579-584.

66. SEEDS J.W., CEFALO R.C.

Malprésentations.

Clin. Obstét. Gynécol., 1982, 25, 145-155.

67. SUZANNE F., PORTAL B., GRESE A., BAUDON J.

Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège.

Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1979, 74, 349-356.

68. TATUM R.K., ORR. J.W., SOONG S., HUDDLESTON J.F.

Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams.

Am. J. Obstét. Gynecol. Obstét. 1985, 152, 145-155.

69. TAURELLE R., HELUIN G.

Présentation du siège .

EMC, Gynécol. Obstét. 1976, 77, 5026 A10, 4. 1.02, 16p.

**70. TIACOH G.M., BONGBA C., TOURE-COULIBALY K., WELFFENS-EKRA C.,
DIARRA S.**

La présentation du siège: Mortalité et Morbidité à propos de 1743 cas.

Rev. Méd. Cote d'Ivoire., 1982, 16 (56) , 5-12.

71. TORRIELLI R.

Accouchements dystociques et anesthésie.

Journées d'études sur les accouchements pathologiques, Bordeaux, 18-19

Mai 1990.

72. WIPF A.

Pronostic foetal dans la présentation du siège.

Thèse Méd, Paris, 1979, n°160.

73. WRIGHT R.C.

Reduct of the perinatal mortality and morbidity in breech delivery trough
routine use of cesarieran section.

Obstet. Gynecol., 1959, 14, 758-764.

74. ZATUCHNI G.I., ANDROS G.J.

Rétrospective study of 500 consecutive term breech deliveries.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1967, 98, 854.

ANNEXE

ACCOUCHEMENT (PRESENTATION DU SIEGE)

Date et Heure d'entrée :
Numéro de Dossier :

INTERROGATOIRE

1 - Identité de la Mère

Nom : Prénom :
Age : Ethnie :
Niveau d'éducation : Illétrée: ☐
Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐
Profession du mari :
Notion de Consanguinité Oui ☐ Non ☐
Si Oui 1er degré ☐ 2ème degré ☐ 3ème degré ☐

2 - Antécédents

2.1 - Personnels

a) Médicaux HTA ☐ DIABETE ☐ OBESITE ☐
AUTRES ☐

b) Chirurgicaux Traumato-orthopédique ☐ Autres ☐

c) Gynécologiques

Présente t-elle des anomalies Oui ☐ Non ☐
Si Oui Kyste de l'ovaire ☐ Fibrome ☐ Autres ☐
Troubles menstruels ☐ Préciser _____

d) Obstétricaux

Gestité : Parité :
Intervalles Intergéniques : / / / / /
/ / / / /

Présentation du siège antérieure ? Oui ☐ Non ☐

Présentation dystocique antérieure ? Oui ☐ Non ☐

Si oui Etat de l'enfant : à la naissance _____
Actuellement : _____

Césarienne antérieure ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien ?

Quelle était l'indication ?

Dystocie mécanique : Oui ☐ Non ☐
Bassin ☐
Tumeur Praevia ☐
Dystocie dynamique : Non ☐ Oui ☐
Dystocie foeto-annexielle : Non ☐ Oui ☐
Dystocie due à l'utérus ou aux parties molles : Non ☐ Oui ☐

2.2 - Familiaux

3 - Histoire de la Grossesse

DDR : _____ / Non Précisé ☐
Terme prévu : _____ / Non Précisé ☐
Incidents et accidents pendant la grossesse Oui ☐ Non ☐

Consultation Prénatale : Oui ☐ Non ☐
Si oui, lieu de C Maternité rurale ☐ Centre de santé ☐
Poste de santé ☐ Hopital ☐
A t-elle été suivie par : Médecin ☐ Sage femme ☐

Age présumé de la grossesse : SA;mois

Examen Général / à l'entrée

- EG : Bon ☐ Assez bon ☐ mauvais ☐
- Anémie clinique : Oui ☐ Non ☐
- OMI Oui ☐ Non ☐
- Morphotype : brevilligne ☐ longilligne ☐
- Constantes : TA = TA = A =
Poids = Taille =

Examen des différents appareils

Examen obstétrical / Entrée

1 - Clinique

a - Inspection

Axe de l'utérus :

Existe t-il une malformation de l'appareil locomoteur

Oui ☐ Non ☐

Rachis ☐ Bassin ☐ membres < ☐

Si oui : Congénitale ☐ acquise ☐

Traité(e) : Oui ☐ Non ☐

b - Palpation / Pelvimétrie

HU :

Bassin osseux : normal ☐ anormal ☐

si anormal est ce ? Transversalement retréci ☐ Aplati ☐

Généralement retréci ☐ oblique ☐

Losange de Michaelis :

* Diamètre PRP : * Bi épineux :

* Diamètre Trillat : * Bi crête :

* Diamètre Bi ischiatique : * Bi Trochanterien

Grossesse monofoetale : ☐ Grossesse gemellaire ☐

c - Toucher vaginal

Distance ano pubienne :

- Périnée : existe t-il une cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure antérieure ? Oui ☐ Non ☐

- Col : Indice de Bishop :

Pathologique ☐ sain ☐

- Membranes : intactes ☐ rompues ☐

si rompues , délai ?

- Mode de siège : semi complet ☐ décompleté ☐ complet ☐

- Variété de siège : SIGA ☐ SIDA ☐ SIGP ☐

SIDP ☐

- Etat du fœtus : Bon ☐

souffrance foetale ☐

non précisé ☐

BDC
LA

2 - Paraclinique

- Echographie ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, à quel âge de la grossesse ?

Diamètre BIP ?

Anomalies foetales : Non ☐ Oui ☐

Anomalies annexielles ? Non ☐ Oui ☐

- Radio du contenu utérin ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est le degré de flexion ?

- Autres

Parturition

Partogramme

heure				
paramètres				
Niveau				
Présentation				
Col				
CU				
PDE				
Ocytociques				

ACCOUCHEMENT

1-/ Délai :

2-/ Mode :

Eutocique : Vermelin ☐ Petite Extraction aidée ☐ BRACHT ☐

Dystocique ?

a) Type : Défaut d'engagement du siège

Arrêt de la progression

Relèvement des bras

Retention de la tête dernière

Rotation paradoxale

Souffrance foetale

b) Traitement :

Manoeuvre :

Prague

GES

Mauriceau

Rabaissement des bras

Forceps

Césarienne :

Type :

CBT

CBL

CC

Autre

3- / Autre :

a t-on fait une épisiotomie

oui

non

Déchirure périnéale

oui

non

DELIVRANCE

naturelle

Dirigée

Artificielle

Délai de la délivrance :

Poids du placenta : _____ grammes

Examen du placenta ?

normal

anomalie

Revision utérine normale :

oui

non

Si non , pourquoi ?

NOUVEAU NE

Sexe

Masculin

Féminin

Apgar à M1 :

Apgar à M5 :

A t-il subi une RAM ?

oui

non

Mensuration :

Poids :

Taille :

PC =

PT =

PB =

Examen somatique du nouveau né :

	Normal	Anomalies
Tête		
App Pleuro-pulmonaire		
App cardio vx		
Abdomen		
Neurologique		
App locomoteur		
OGF		

SUITES DE COUCHES

1 - MERE

Etat général :

Muqueuse :

OMI :

T =

TA =

θ =

Diurèse =

Présente t-elle des complications du post-partum ?

oui

non

Thrombophlébite

Hémorragie

Infection

Lachage de sutures

Retention d'urines

Fistule vésico-vaginale :

Autre

Délai d'exeat :

2 - ENFANT :

SERMENT D'HIPPOCRATE



"En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à ma promesse.

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