

Université de Constantine3
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5^{eme} année de médecine
Module de gynécologie

La présentation du siège

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2013-2014

Docteur CHERGUI Toufik
Maître Assistant
Gynécologie- Obstétrique
N° Ordre 25/4358

La présentation du siège

Dr CHERGUI

I-Introduction :

La présentation du siège est une présentation longitudinale son pôle podalique étant en rapport avec l'aire de détroit supérieur, la tête fœtale au niveau du fond utérin.

On distingue deux modes principaux :

- Le siège complet : le fœtus est assis en tailleur : les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le tronc.
- le siège décompleté : mode des fesses : les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, les jambes en extension totale, le plus fréquent.

Représente 3 à 4 % de l'ensemble des présentations.

II-Modalité et variété de position :

Le repère de la présentation est le sacrum, il permet de décrire la variété de position en fonction de sa position par rapport au bassin :

SIGA – SIDP – SIGP – SIDA – (SIDT- SIGT : position de transition).

III- Etiologie : la présentation du siège est le résultat d'un défaut de l'accommodation fœtale in utéro.

a- Causes utérines :

- Congénitales :

- hypoplasie utérine : utérus cylindrique
- utérus malformé : responsable des sièges récidivants.

- Acquis :

- utérus des multipares : fibreux, hypotonique, vaste, favorise le siège complet .
- fibrome du fond utérin.

b- Causes ovulaires :

- modification du volume du liquide amniotique, en excès (hydramnios) ou en insuffisance (oligamnios).
- insertion basse du placenta.
- grossesse gémellaire ou multiple.
- brièveté du cordon essentielle ou secondaire a une circulaire ou bretelle.

c- Causes pelviennes :

- Tumeur prævia : (kyste de l'ovaire, fibrome utérin).
- rétrécissement du détroit supérieur.

d- Causes fœtales :

- L'hydrocéphalie : la tête plus volumineuse que le siège.
- Le prématuré : mauvaise adaptation in utéro , la cause la plus fréquente.

IV-Etude clinique :

A-Clinique :

A 1- pendant la grossesse : le diagnostic n'est pas évident

a-Inspection : L'utérus a un grand axe longitudinal.

b- Palpation : Le palper bi-manuel doit être méthodique. Le pôle fœtal situé au dessus du détroit supérieur est assez volumineux, de contours irréguliers et de consistance plus ou moins molle quand le siège est complet. Le siège décompleté donne accès à un pôle plus rond, plus ferme et il peut parfois être difficile de faire la différence avec un pôle céphalique.

-Le pôle fœtal situé au niveau du fond utérin est dur et régulier. Au niveau fundique, la tête fœtale peut se déplacer facilement et donner un ballotement.

-L'étude des plans latéraux permet de mettre en évidence d'un côté un plan convexe et régulier qui est le dos. Le suivi de ce plan vers le bas ne permet pas de retrouver la dépression caractéristique du sillon du cou, venant confirmer le diagnostic. Le sillon du cou peut être mis en évidence vers le fond utérin.

c- Auscultation :

Le foyer maximum des battements du cœur est haut situé dans la région péri-ombilicale, voire sus-ombilicale.

d-Toucher vaginal :

Il permet d'apprécier, dilatation du col, le degré d'ampliation du segment inférieur, une excavation pelvienne souvent vide. Cependant, le siège décompleté mode des fesses peut s'engager en fin de grossesse.

A2 – pendant le travail : avec une dilatation cervicale avancée, le toucher vaginal fournit des renseignements plus nets surtout avec une poche des eaux rompue :

- deux masses molles et lisses, les fesses séparées par un sillon longitudinal interfessier, centré par l'anus, une extrémité occupée par la saillie de sacrum, repère de la présentation, et à l'autre extrémité on peut percevoir les organes génitaux et les pieds en cas d'un siège complet.

B- Examens complémentaires :

Au moindre doute, une échographie est effectuée qui permet de confirmer la présentation et qui participe au recueil des facteurs pronostiques pour décider la voie d'accouchement.

V-Diagnostique différentiel :

- un sommet déforme par une volumineuse bosse séro-sanguine.
- une face tuméfiée (bouche et l'anus, les joues et les fesses ...)
- anencéphale.

VI-Mécanisme de l'accouchement : trois accouchements se succèdent : siège, épaule, la tête dernière.

A- Phénomènes mécanique :

a-accouchement du siège :

-**Engagement :** l'orientation amène le diamètre bi-trochantérien (9,5cm) dans le diamètre oblique du bassin , simple dans le siège décompleté , difficile dans le siège complet .

-Descente et rotation : amène le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre ant-post du DI, le sacrum étant sur le diamètre transverse. Elle se fait en arrière si sacro iliaque antérieure et en avant si sacro iliaque postérieure

-Dégagement : la hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure tout au long de la concavité sacro-coccygienne et le périnée postérieure.

b-accouchement des épaules :

-Engagement : le diamètre biacromial s'oriente dans le même diamètre oblique du DS emprunté par le siège dans la SIA et l'opposé dans SIP

-Descente et rotation : amène le diamètre biacromial dans le diamètre ant-post de DI.

-Dégagement : les épaules se dégagent en transverse, les bras tombent l'un après l'autre, le dos est orienté en avant

c-accouchement de la tête dernière :

-Engagement : se fait en même temps que la descente et le dégagement des épaules, la tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, l'occiput en avant elle s'engage fléchie.

-Descente et rotation : l'occiput doit tourner en avant pour arriver médian au DI. La rotation en arrière ramène le menton sur la symphyse pubienne, la tête se défléchit, une dystocie grave se constitue

-Dégagement : le sou-occiput prend point d'appui sous la symphyse pubienne, la tête se fléchit progressivement ; la face, le front et le crane se dégagent successivement.

B- Phénomènes physiologiques :

-anomalies de contraction surtout si un utérus cylindrique.

-rupture précoce de la poche des eaux favorise la procidence du cordon.

-anomalie de la dilatation du col.

-compression du cordon au moment de l'expulsion.

-travail relativement long.

-relèvement des bras au cours de l'accouchement des épaules.

C- Phénomènes plastiques:

-bosse séro-sanguine : siège sur les talons (siège complet) les fesses et les organes génitaux si (siège décompleté).

-luxation congénitale de la hanche est fréquente chez les enfants nés par le siège.

-atrophie rétractile musculo-ligamentaire : aboutissant à un pied bot.

VII- Pronostic :

a-Pronostic maternel :

-lésions périnéales (épisiotomie ou déchirures).

-complications infectieuses dues à la rupture des membranes.

-la mortalité maternelle est quasiment nulle.

b-pronostic fœtal :

-la mortalité fœtale est plus importante que les céphaliques.

-souffrances fœtale aigue.

-fractures : clavicule, humérus, fémur.

-lésions nerveuses périphériques (plexus brachial).

-mort fœtale in utéro : malformation ou accidentelle.

-fréquence des manœuvres obstétricales.

c-élément de pronostic :

Facteurs maternels :

- primiparité, âge <18 et > 35 ans
- obésité
- pathologie gravidique associée (HTA , Diabète....)
- rétrécissement pelvien
- utérus malformé ou cicatriciel
- lésions périnéales
- grossesse précieuse (infertilité)

Facteurs fœtaux :

- déflexion de la tête
- macrosomie > 4 000 g ou macrocéphalie
- hypotrophie avec souffrance fœtale chronique
- (prématurité, gémellité plus discutées)

Facteurs ovulaires :

- placenta inséré bas
- hydramnios
- rupture prématurée des membranes > 12 heures.

VII- Conduite à tenir :

A-pendant la grossesse :

-la version par manœuvre externe (VME)est une manœuvre classique après 37 SA , qui doit être exécuter avec douceur sous utéro-relaxant, sous ERCF. Les contre indications de VME sont : obstacle prævia, utérus cicatriciel ou malformé, déflexion de la tête, primipare, bassin chirurgical. Actuellement abandonner.

-césarienne prophylactique : Place de la césarienne avant tout travail

Indications formelles :

- Anomalie du bassin
- Gros enfant
- Déflexion primitive de la tête
- Utérus cicatriciel ou malformé.
- Placenta prævia
- Brièveté congénitale d'un périnée cicatriciel
- Grossesse gémellaire dont J1 en siège.

Indications relatives

- prématurité

- Souffrance fœtale chronique (RCIU par exemple)
- Primipare âgée, antécédents de stérilité
- Antécédents de dystocie

B- pendant le travail :

-l'accouchement du siège doit se faire dans un milieu obstétrical

- au moment de l'expulsion, perfusion d'ocytocique, et une surveillance attentive,
 - le dos de fœtus tourne en avant et l'accouchement se fait de lui même selon (Vermelin) .

-Manœuvre de Bracht : dès que l'apparition des omoplates, le fœtus sera saisi par la hanche est relevé a deux mains, puis amené vers le ventre de la mère, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage.

-Manœuvre de Mauriceau : réserver au cas de rétention de la tête dernière dans l'excavation , La manœuvre de Mauriceau ne se conçoit que sur une tête dite engagée.

-Manœuvre de Lovset-Demelin : en cas de relèvement des bras.

-Version par manœuvre interne : La version par manœuvre interne (VMI) est la manœuvre qui consiste à transformer une présentation transverse en présentation du siège (accouchement de deuxième jumeaux), pour dans le même temps, extraire le fœtus par une grande extraction. L'intervention est effectuée par une main intra-utérine.