

LA PRÉSENTATION DE SIÈGE

I-GENERALITES:

Définition: Présentation longitudinale de l'extrémité pelvienne du fœtus.

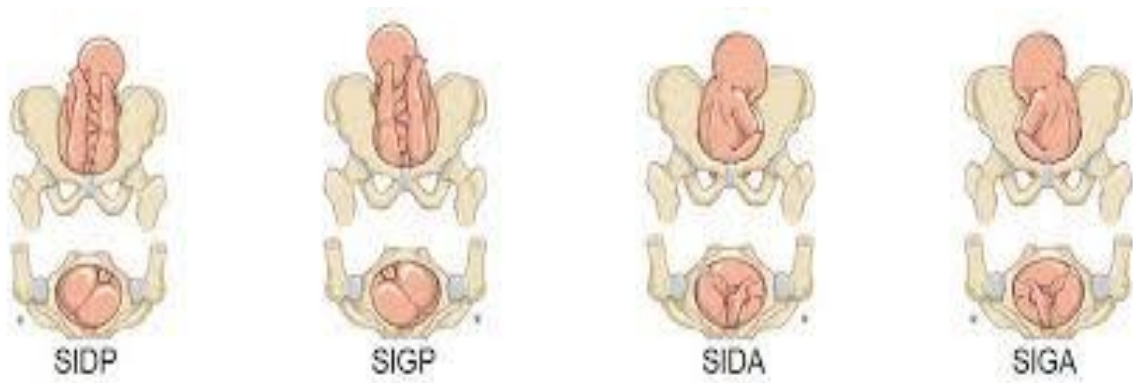
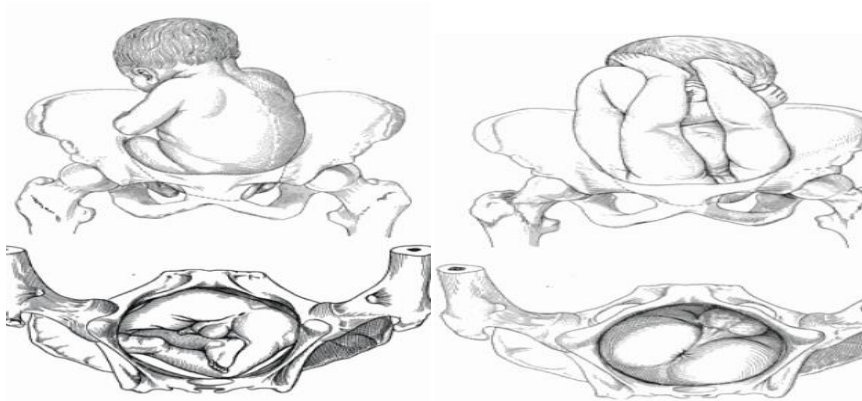
Fréquence: De 3 à 10%

Modalités:

- le siège complet (jambes fléchies sur les cuisses, elles-mêmes fléchies sur le bassin, fœtus en position assise ou en tailleur)
- le siège décompleté ou mode des fesses (jambes totalement tendues et relevées devant le tronc, cuisses en hyper flexion); c'est la variété la plus fréquente.

Variétés de position:

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



II- ÉTIOLOGIE:

Les causes maternelles:

- Grande multiparité (hypotonicité utérine) hypoplasie utérine (utérus cylindrique.) – utérus malformé (utérus cloisonné)- utérus déformé (fibrome utérin, tumeur prævia).

Les causes annexielles:

- Hydramnios- Oligoamnios- Cordon court (< 40 cm)- Placenta prævia.

Les Causes fœtales:

- Malformations fœtales (anencéphalie, hydrocéphalie.) - Hyperextension de la tête. - G multiples

III-ETUDE CLINIQUE :

1-Pendant la grossesse:

L'interrogatoire précise les antécédents de Pr de siège, de fibromes utérins, de gêne, voire de douleur sous-costale droite.

L'inspection révèle un développement longitudinal de l'utérus.

La palpation révèle au-dessus du DS, le siège complet, perçu comme une masse volumineuse, de consistance ferme sans être dure, au niveau du fond utérin, la tête, perçue comme une masse régulière, de consistance dure et séparée du dos par le sillon du cou.

L'auscultation révèle les BCF, haut-situés par rapport à l'ombilic.

Le TV révèle peu de résultats, il permet d'apprécier l'ampliation du segment inférieur.

L'échographie: Confirme le diagnostic; permet d'étudier les mensurations biométriques; et peut révéler certaines étiologies.

2-Pendant le travail:

Le TV, perçoit une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier au centre duquel se trouve l'anus. À une extrémité, on perçoit le coccyx, de l'autre, on perçoit les organes génitaux.

Dans le siège complet, la masse molle est irrégulière, volumineuse, on peut percevoir un ou deux pieds.

Dans le siège décompleté, la masse est plus nette, ayant plus ou moins pénétré dans le pelvis.

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

IV- ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT:

1-phénomènes mécaniques:

trois accouchements se succèdent dans la présentation du siège: siège, épaules, tête; le volume des trois segments va croissant.

A- Accouchement du siège:

1- **Engagement.** Il est plus facile pour le siège décompleté que pour le siège complet. Le Ø bi-trochantérien s'oriente selon le Ø oblique du DS.

2- **Descente-rotation:** La rotation fait $\frac{1}{4}$ de cercle, amenant le ØBT dans le diamètre antéro-postérieure du DI, le sacrum, se trouve sur le diamètre transverse du bassin.

3- Dégagement:

- La hanche antérieure se dégage en premier et se cale sur la symphyse pubienne.

- La hanche postérieure se dégage en parcourant la concavité sacro-coccygienne puis le périnée postérieur jusqu'à la commissure vulvaire.

Ce mouvement est facile dans le siège complet grâce l'incurvation latérale du tronc du fœtus. Il est plus difficile dans le siège décompleté. Les membres inférieurs relevés en attelles le long du tronc en empêchent l'incurvation latérale.

B- Accouchement des épaules:

1- **L'engagement:** Le Ø bi-acromial s'oriente selon le Ø oblique du DS.

2- **La descente-rotation:** Le Ø BA se place selon le Ø antéro-postérieur du DI

3- **Le dégagement:** Identique au dégagement du siège, l'épaule antérieure se dégage en premier.

C- Accouchement de la tête:

1- **L'engagement:** S'effectue en même temps que celui des épaules, la tête s'oriente selon le Ø oblique du DS, fléchie, occiput en avant.

2- **La descente-rotation:** L'occiput tourne en avant pour arriver médian au DI.

3- **Le dégagement:**

- L'occiput s'appuie sur la symphyse pubienne.

- La tête se défléchit.

- La face, front et crâne se dégagent par la commissure vulvaire postérieure.

4- **Les phénomènes plastiques:**

• **Dolichocéphalie** (tête aplatie.) • **Atrophie du maxillaire.**

• **Atrophie du rebord cotyloïdien** (LCH) • **Anomalies musculo-ligamentaires**

V- CONDUITE A TENIR :

Après confirmation du diagnostic, il faut

-**Evaluer le pronostic**, avant le début du travail, pour choisir entre l'une des 2 attitudes principales (voie basse ou césarienne.)

-**Bilan obstétrical** incluant un examen obstétrical, une échographie, une radiographie du contenu utérin et une radiopelvimétrie pour apprécier.

1-Pendant la grossesse:

plusieurs attitudes sont possibles:

- la voie basse est acceptée

-la version par manœuvres externes: manœuvre classique qui devrait être tentée autant que possible: avant 37

SA, au mieux chez la multipare, exécutée doucement sous bêtamimétiques.

-une césarienne de principe: en cas d'angustie pelvienne, de tumeur praevia, de malformation utérine majeure, d'utéruse cicatriciel, ou de grossesse précieuse, macrosomie, ou de RCIU sévère, ou une association à une pathologie gravidique (prééclampsie, diabète, obésité, cardiopathie).

2-Pendant le travail:

la présentation du siège est caractérisée par une eutocie « tempérée », mais des difficultés peuvent se rencontrer, parfois imprévisibles.

-L'EUTOCIE: une bonne contractilité utérine, une bonne dilatation du col sont les garants d'un accouchement eutocique « à bonne dilatation, bon siège ».

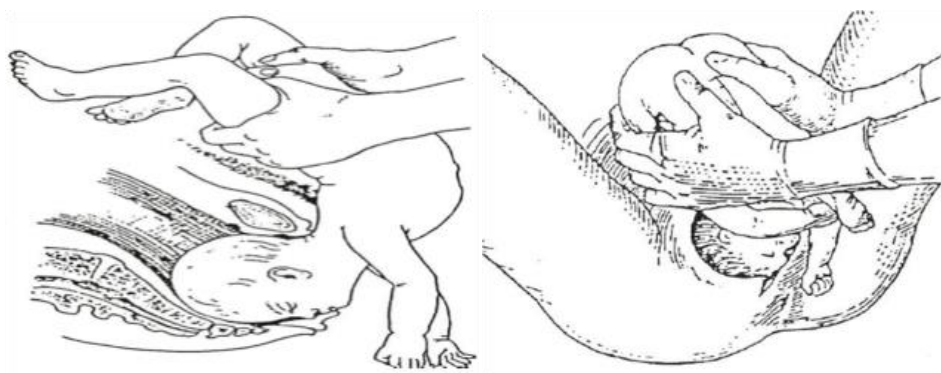
À dilatation complète, deux éventualités peuvent se présenter:

- l'accouchement se fait en monobloc, ne nécessitant aucune manœuvre « devant un siège on met un siège »;

- un risque de désolidarisation du bloc siège-tronc-tête impose l'intervention qui ne fait qu'aider l'évolution naturelle:

 - extraction des membres inférieurs dans le mode décompleté, favoriser la sortie des membres supérieurs en les accompagnant.

 - manœuvre de BRACHT: dès qu'apparaissent les pointes des omoplates, le fœtus saisi par les hanches est relevé à deux mains puis renversé sur le dos de sa mère sans traction, la nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion.



-LA DYSTOCIE:

1-à la présentation du siège se surajoute pendant le travail une complication: placenta prævia, ou procidence du cordon bien que le risque encouru est moindre par rapport à la présentation du sommet, le recours à la césarienne est plus fréquent.

2-la dystocie survient en cours de travail:

même si le volume du bassin et le fœtus paraissent normaux, sans aucune complication surajoutée, son expression en est essentiellement dynamique, la dilatation du col ne progresse pas, entre 4 et 6 cm. On aura recours alors à une épreuve du travail à commencer par une rupture de la poche des eaux, suivie d'une perfusion d'ocytocique, trois éventualités s'ouvrent:

- la dilatation reprend son cours, on peut escompter l'accouchement normal, cependant l'absence d'engagement à dilatation complète impose la voie haute;

- la dilatation reste stagnée: la césarienne s'impose;

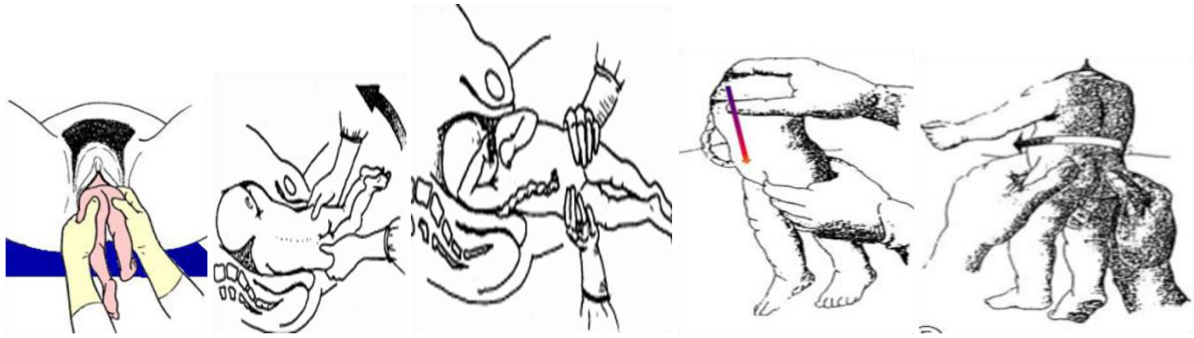
- la dilatation reprend mais lentement, c'est dans ces conditions que surviendront les complications, imposant des manœuvres dangereuses, là encore la césarienne s'impose;

3-la dystocie d'expulsion: résultat d'une dystocie dynamique qui peut être corrigée par une perfusion d'ocytociques, d'un relèvement des bras, ou d'une rétention de la tête dernière:

- dystocie par relèvement des bras: fréquente au cours des grandes extractions, n'est pas rare au cours d'une expulsion spontanée; les bras sont relevés en avant de la face. Deux techniques sont valables:

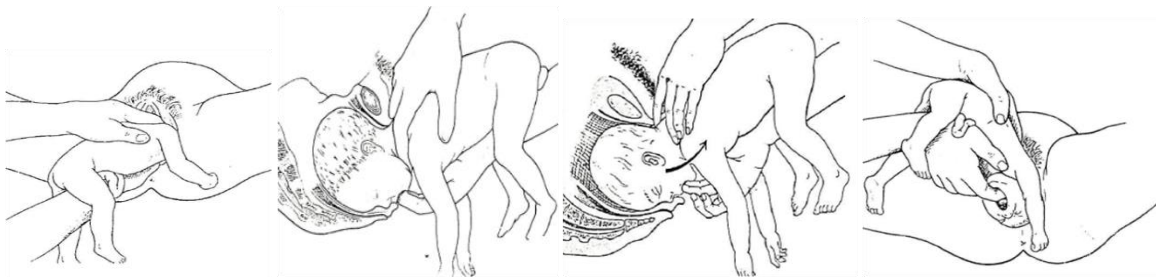
 - soit manœuvre d'abaissement: abaisser le bras antérieur, en tirant très en bas jusqu'à ce que l'aisselle apparaisse, et en prenant le bras par les doigts pouce dans l'aisselle et le gardant au contact de la face, puis faire de même pour le bras postérieur;

-soit plus fréquemment une manœuvre de LOVSET qui consiste en une double rotation axiale



•la dystocie par rétention de la tête dernière:

-rétention de la tête dans l'excavation: on peut recourir à la manœuvre de MAURICEAU



L'application du forceps sur tête dernière: l'intervention de choix si maîtrise de la technique;

-rétention de la tête au détroit supérieur: la plus grave, exceptionnelle, dû à une disproportion foeto- pelvienne, ou à une rotation du menton en avant qui peut s'accrocher à la symphyse pubienne, généralement foeticide, le traitement n'est en fait que préventif.

VI- PRONOSTIC :

Le pronostic de la mère est rarement mis en jeu (épisiotomie, déchirure, risque anesthésique, césarienne.)

Le pronostic foetal est moins bon, avec une mortalité de 0.3 à 2% et une morbidité de 2 à 27% (lésions liées aux manoeuvres)

V-CONCLUSION:

La présentation du siège est une présentation eutocique mais qui nécessite une approche étroite de la malade pendant le travail et au moment de l'expulsion pour éviter les complications maternelles (traumatismes obstétricaux) et surtout foetales (relèvement des bras, rétention de la tête dernière), complications à cause desquelles on a plus souvent recours à la césarienne.