

**Université 3- Faculté de médecine
Centre Hospitalier et Universitaire Docteur Benbadis Constantine
module de gynécologie obstétrique**



PRESENTATION DE SIÈGE

DR GHERBI

OBJECTIFS

- ❑ Faire le diagnostic de présentation de siège
- ❑ Déterminer le pronostic d'un accouchement par le siège ;
- ❑ Décrire les problèmes obstétricaux spécifiques de la présentation de siège ;
- ❑ Proposer une conduite à tenir ;
- ❑ Connaître les manœuvres d'extraction fœtale et leurs indications.

PLAN

- Introduction / Intérêt de la question
- Définition
- Fréquence
- Modalités de présentation
- Etiologies
- Diagnostic
- Etude de l'accouchement
- Pronostic
- La conduite pratique

Introduction / Intérêt de la question

- C'est un accouchement à haut risque materno-fœtal , circonstance obstétricale fréquente exigeant des structures d'accueils adéquates et une équipe compétente
- le choix de la voie d'accouchement reste difficile
- Enfin, et devant cette présentation, on doit bien se rappeler que l'obstétrique est un art difficile qui rejoint la conscience et qui ne pouvant être maîtrisé que par des praticiens parfaitement formés et possédant des données actualisées

DEFINITION

- La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile foetal est en contact avec le détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin.



Fréquence

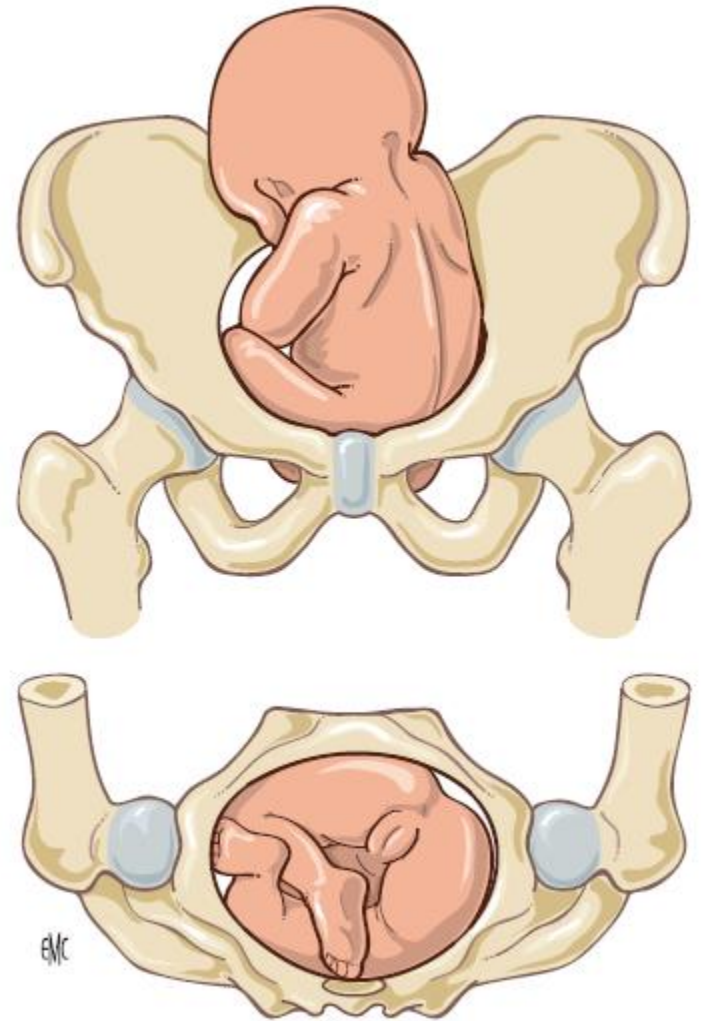
- Varie entre 3-4%
- C'est la présentation la plus fréquente après la présentation du sommet



Modalités de présentation :

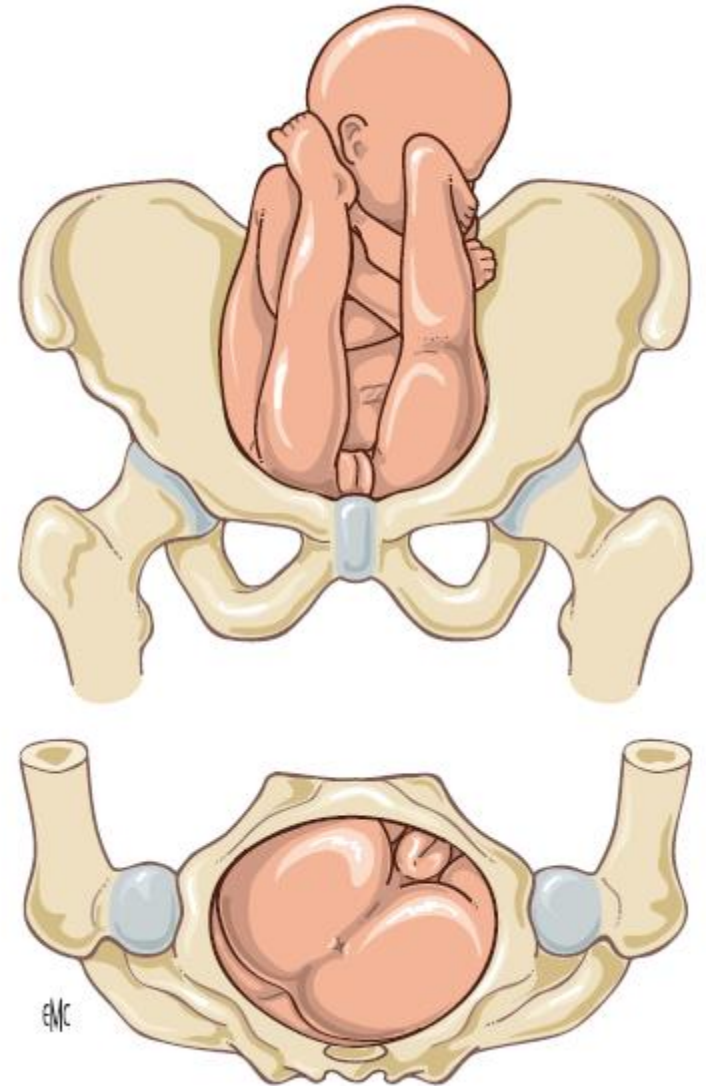
Siège complet

- le fœtus semble assis « en tailleur », les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen
- En plus des fesses Les membres inf font également partie de la présentation,
- plus fréquente chez la multipare



Siège décomplété

- mode des fesses : le plus fréquent (2/3 des cas), les membres inférieurs en extensions sont relevés en attelles, les pieds arrivants au niveau de la tête foetale.
- Les fesses constituent à elles seules toute la présentation



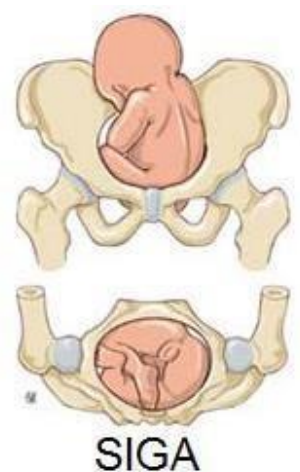
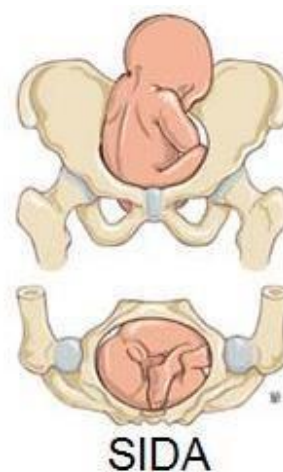
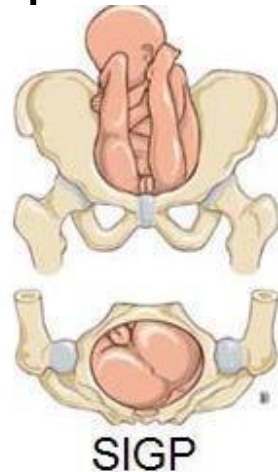
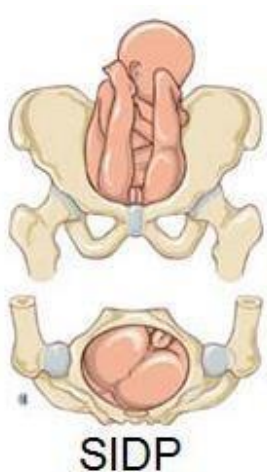
Autres modalités:

- Le siège décomplété mode des genoux, membres inférieurs «1 / 2 fléchis sous le siège»
- Le siège décomplété mode des pieds, le fœtus étant debout dans l'excavation pelvienne.



Repère et variétés de position

- Le sacrum constitue le repère de la présentation.
- 4 variétés (par ordre de fréquence) :
 - Sacro iliaque gauche antérieur : SI GA
 - Sacro iliaque droite postérieur : SI DP
 - Sacro iliaque gauche postérieur : SI GP
 - Sacro iliaque droite antérieur : SI DA



Etiologies

Principes

Causes utérines

Causes ovulaires

Causes fœtales

Principe

- ❑ La loi de pageot: l'accommodation du contenu au contenant :
- ❑ l'utérus a un fond large et un isthme étroit.
- ❑ En début de grossesse la tête est plus grande que le corps (développement du cerveau): elle se place alors au fond utérin
- ❑ Vers la fin de la grossesse le corps devient plus grand que la tête, il va se placer au fond utérin alors que la tête se place au niveau de l'isthme : la présentation de sommet est alors la plus fréquente.



Causes utérines

- Hypoplasie utérine
- Malformations utérines
- Grande multiparité à cause de l'hypotonie
- Fibrome du fond utérin
- Tumeurs extrinsèques et intrinsèques
- Anomalies bassin

Class U0/normal uterus



Class U1/Dysmorphic Uterus



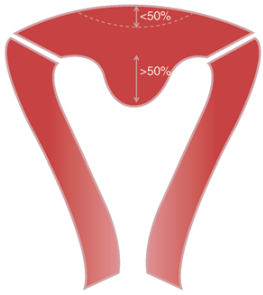
a. T-shaped



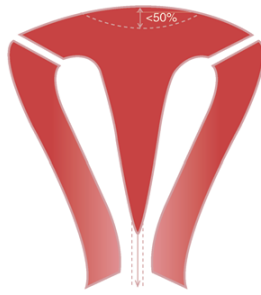
b. Infantilis

c. Others

Class U2/septate uterus

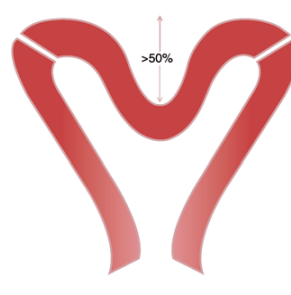


a. Partial



b. Complete

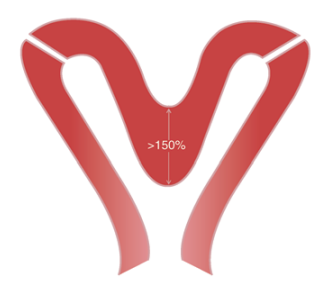
Class U3/Bicorporeal Uterus



a. Partial



b. Complete



c. Bicorporeal septate

Class U4/Hemi Uterus



a. With rudimentary cavity



b. Without rudimentary cavity

Class U5/Aplastic Uterus



a. With rudimentary cavity



b. Without rudimentary cavity

Class U6/Unclassified Cases

Causes ovulaires

- Hydramnios, oligoamnios
- Placenta prævia : agrandie la partie basse de l'utérus
- Grossesses multiples
- Brièveté du cordon : le cordon court empêche la rotation normale.

Causes foétales

- Prématurité: 40% des sièges sont prématurés
- Malformations:
 - ▣ Hydrocéphalie
 - ▣ tumeurs de la thyroïde.
 - ▣ Anencéphalie
 - ▣ Spina bifida
 - ▣ Anomalies chromosomiques...
- Hyper extension de la tête



Diagnostic

Intérogatoire

Examen clinique

Diagnostic différentiel

Examens paracliniques

Interrogatoire :

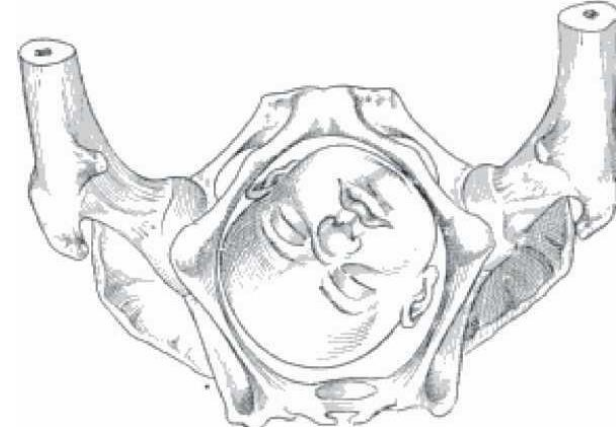
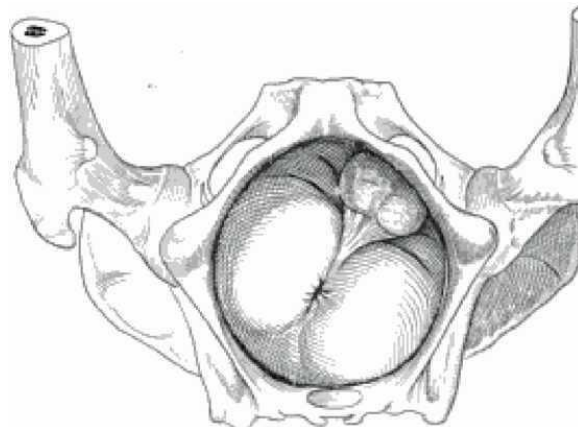
- Datation et déroulement de la grossesse
- antécédents obstétricaux, notion de fibrome utérin préexistant à la grossesse,
- Gêne voire une douleur sous costale

Examen clinique :

- Inspection : l'utérus a un grand axe longitudinal
- Palpation:
 - Dans le fond utérin : le pôle céphalique dur, régulier, arrondi, ballote d'une main à l'autre et de volume plus petit
 - Dans le détroit supérieur: pôle irrégulier et assez volumineux et de consistance plus ou moins molle
- Le toucher vaginal :
 - présentation molle sans suture ni fontanelle séparée souvent par un sillon (pli inter fessier)
 - relief osseux correspondant à la pyramide sacrée.

Diagnostic différentiel :

- bosse séro sanguine
- présentation de face où les éléments de la face se confondent avec les éléments du siège -Bouche avec l'orifice anal et menton avec la pyramide sacrée
- Anencéphalie : sans cerveau juste un massif facial
- Présentation transverse.



Les examens para cliniques

- Echographie :
 - ▣ présentation longitudinale avec une tête en haut fléchie et siège en regard de l'excavation pelvienne de la mère.
- A défaut d'une échographie la radiologie du contenu utérin est utile : confirmer une éventuelle GG contrairement à l'écho.

Etude de l'accouchement

Phénomènes mécaniques

Phénomènes plastiques

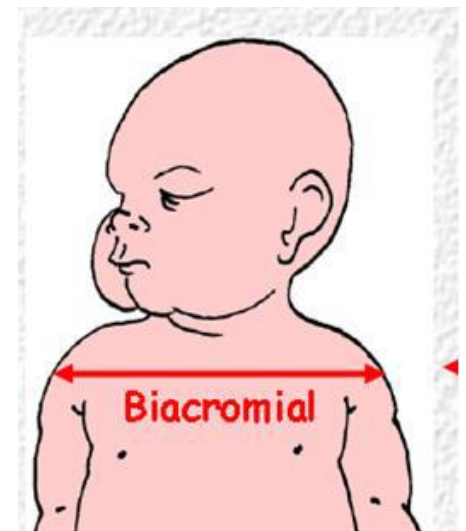
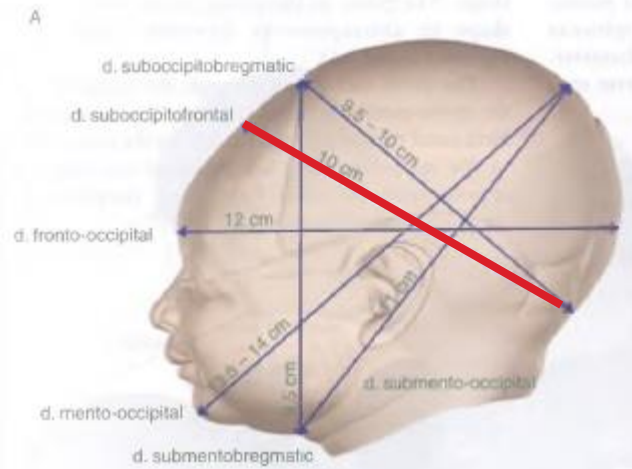
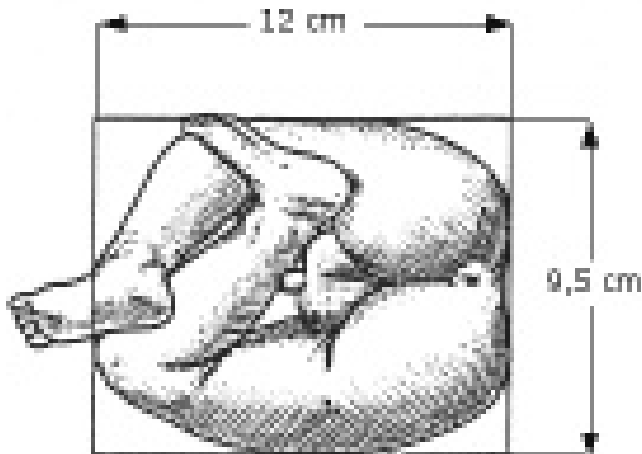
Phénomène dynamiques

Anomalies

Manœuvres

Diamètres de la présentation

- D. bi trochantérien : 9.5cm.
- D. sacro tibial –siège complet- > 10 cm
- D. bi acromial : 13cm, réductible par tassement.
- D. sous-occipito-frontal : 11cm permettant le passage mais avec frottement.



1 - Phénomènes mécaniques

- LES TEMPS DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE:
 - 1 • ORIENTATION ET AMOINDRISSEMENT
 - 2 • ENGAGEMENT
 - 3 • DESCENTE ET ROTATION INTRA-PELVIENNE
 - 4 • DEGAGEMENT
 - 5 • ROTATION EXTRA-PELVIENNE
 - 6 • ACCOUCHEMENT DES EPAULES ET DE LA TETE

ORIENTATION ET AMOINDRISSEMENT

- Orientation du diamètre bi•trochantérien: selon un diamètre oblique
- Amoindrissement si siège complet : il y a tassement du D. sacro-tibial permit par la souplesse des os



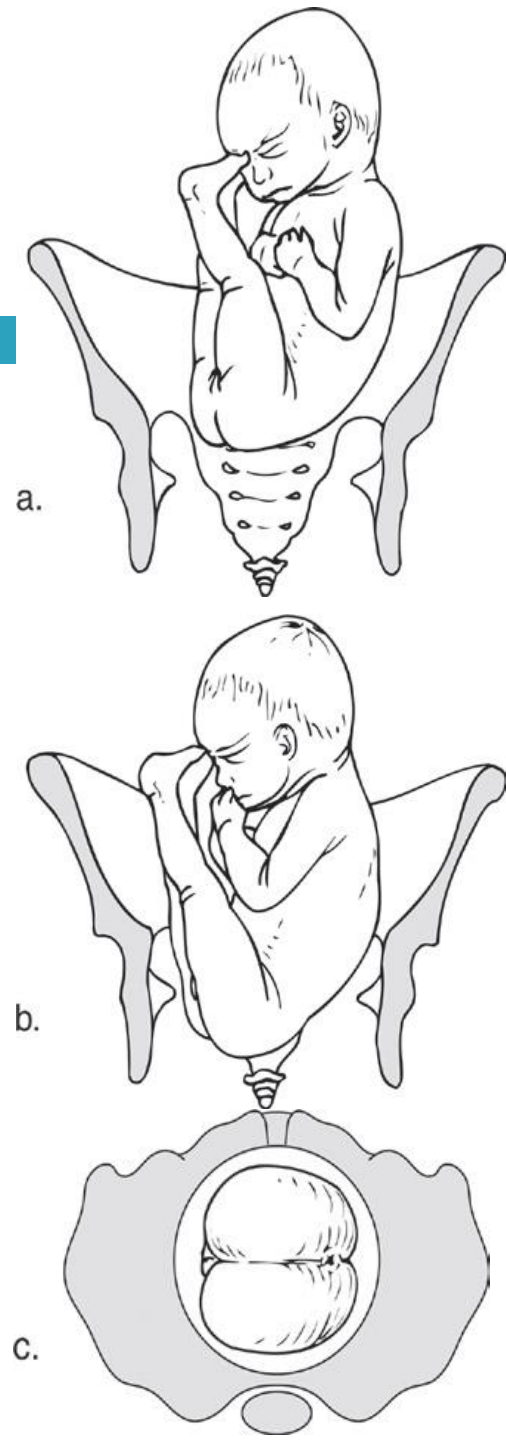
Engagement

- est synclite au niveau du détroit supérieur ;
- Facile et précoce dans les sièges décomplétés mode des fesses, mais plus laborieux dans les sièges complets.



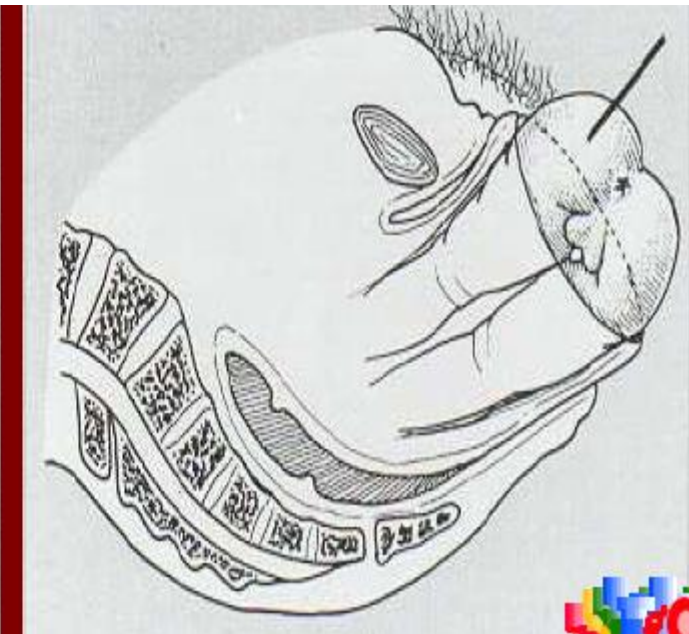
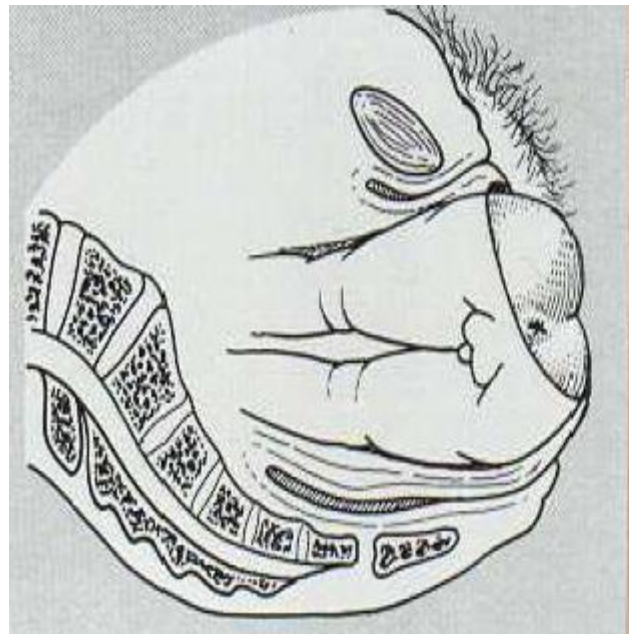
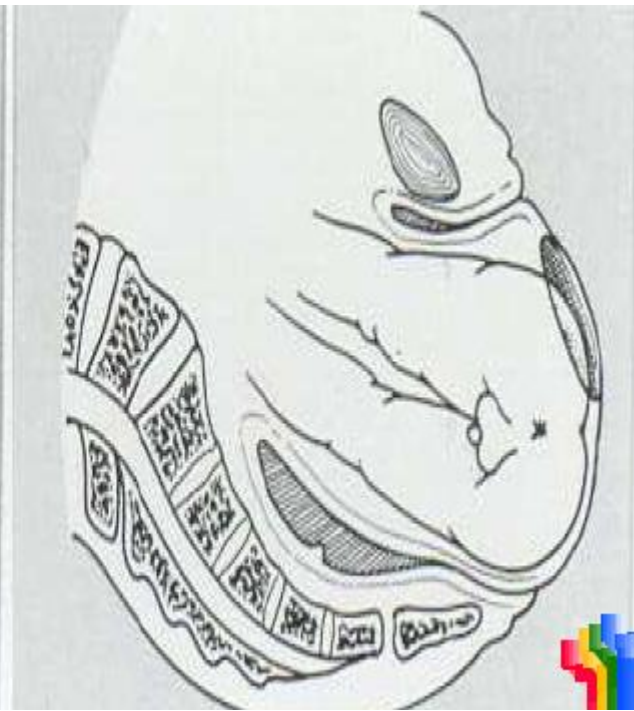
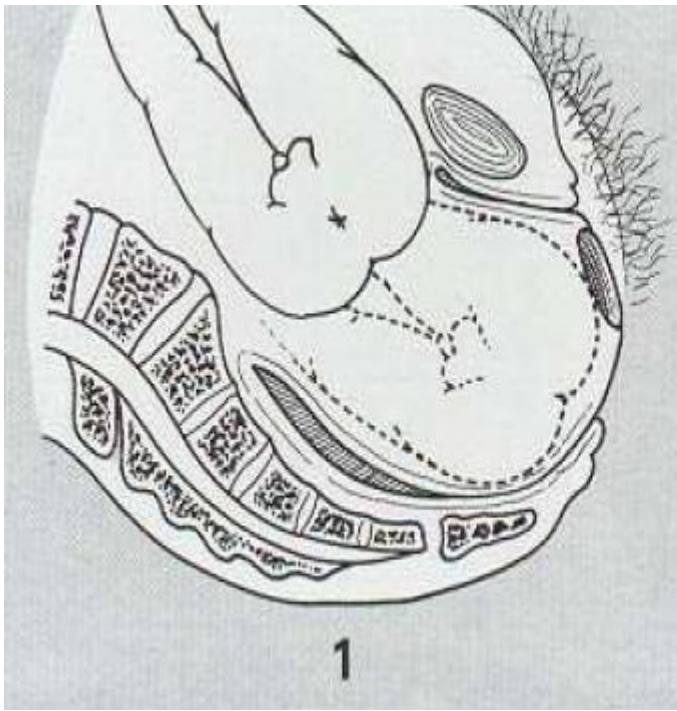
Descente et rotation

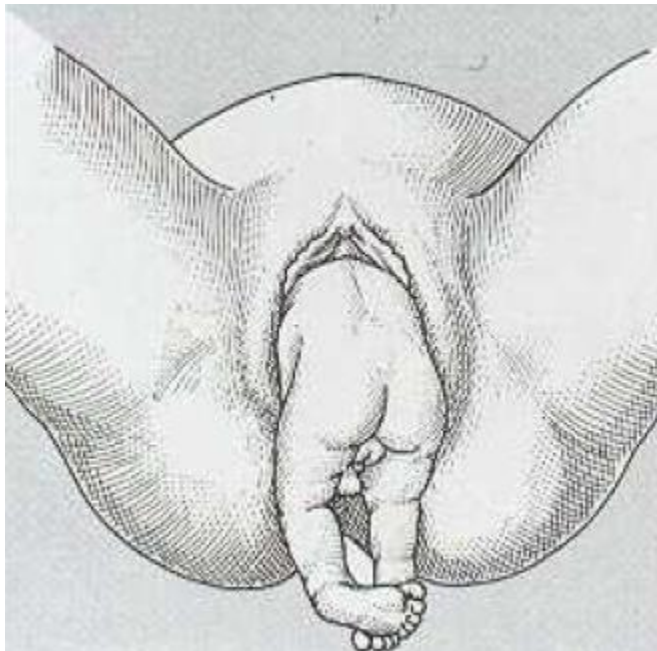
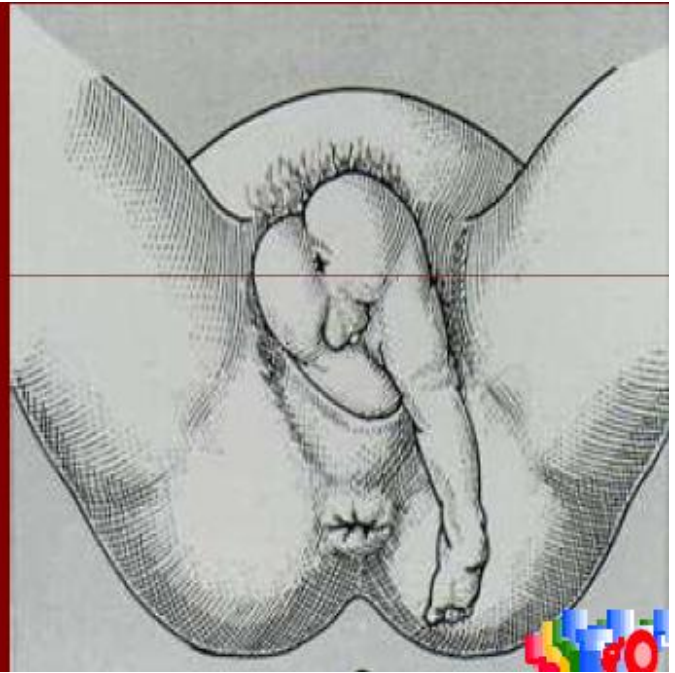
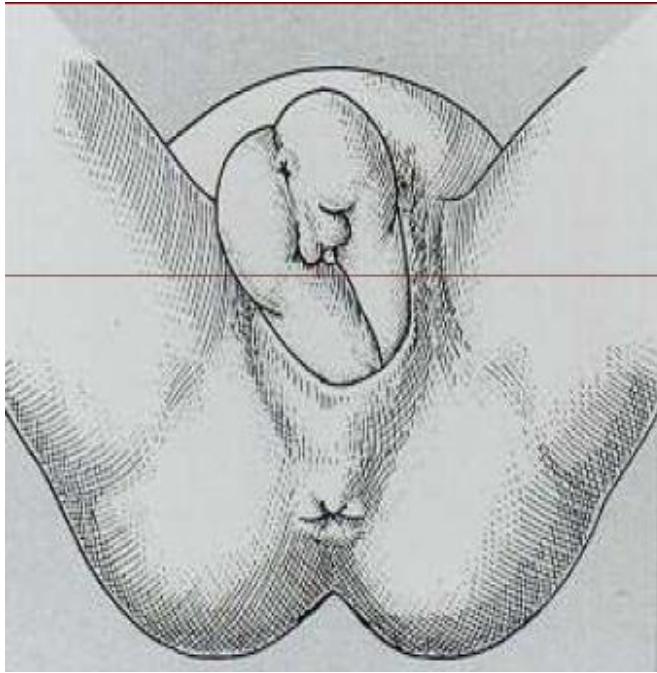
- Une rotation à 45° (vers l'arrière pour les variétés antérieures, vers l'avant pour les variétés postérieures)
- se fait en même temps que la descente,
- amène le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. Le sacrum se retrouve toujours en transverse.



Dégagement

- En s'enroulant autour de la symphyse pubienne, la hanche postérieure balaie le périnée post
- le dos passe en avant jusqu'à ce que les MI soient libérés.





Rotation extra pelvienne

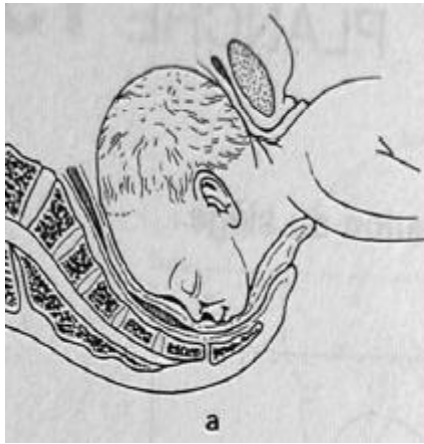
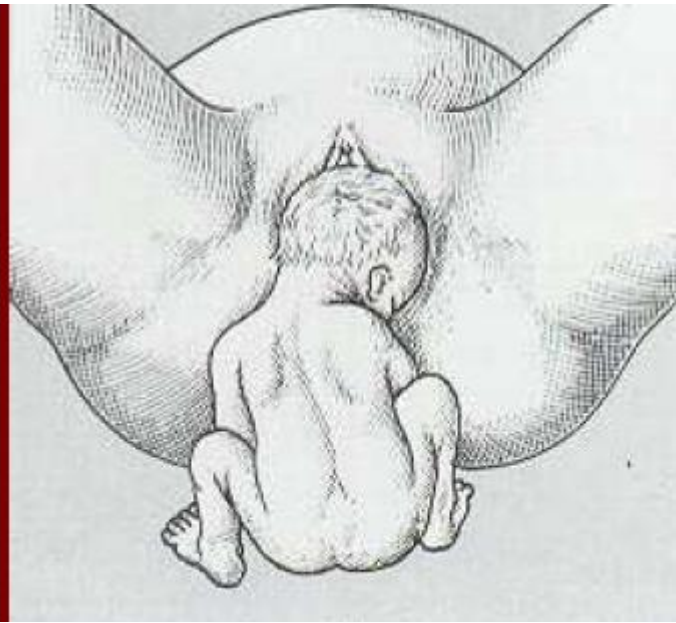
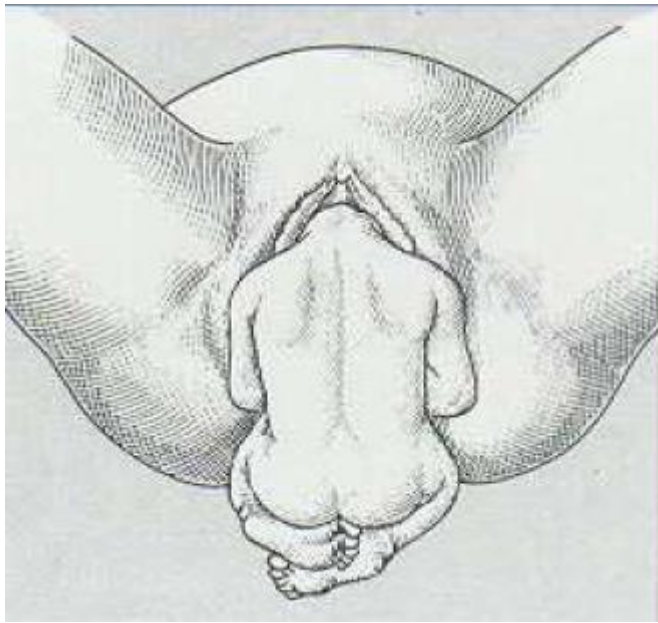
- Une fois les hanches dégagées, le siège monte. Le pôle pelvien poursuit un mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne et le dos tourne alors en avant.
- Une rotation accidentelle du dos en arrière est gravissime pour le fœtus entraînant l'accrochage du menton sur la symphyse pubienne.

Accouchement des épaules :

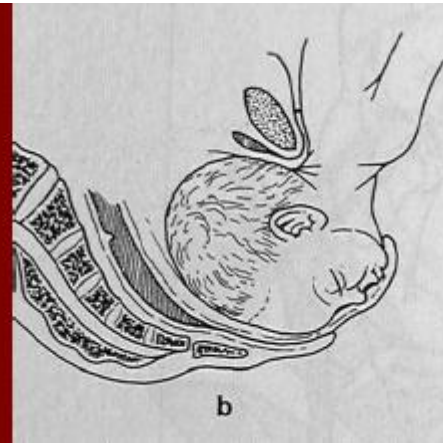
- L'engagement : Le D. bi acromial s'engage soit dans l'oblique déjà empreinté par le bi trochantérien (variétés antérieures) soit dans l'obliques perpendiculaire (variétés postérieures).
- La descente et la rotation amène le D. bi acromial dans un diamètre transverse.
- les épaules se dégagent en transverse, successivement, par une sorte d'asynclitisme. Les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve

Accouchement de la tête dernière

- L'engagement : La tête s'engage dans un D. oblique perpendiculaire à celui empreinté par les épaules en se fléchissant suivant le D. sous occipito frontal.
- La descente et la rotation : amène l'occiput sous la symphyse pubienne.
- le dégagement : le sous-occiput se fixe sous la symphyse, la tête se fléchit progressivement : la face, le front, le crane se dégagent successivement de la commissure postérieure



a



b



2 – Phénomènes plastiques



- Dolichocéphalie
- Atrophies osseuses, musculaires ou ligamentaires
 - ▣ atrophie de l'angle maxillaire inférieur avec souvent torticolis et paralysie faciale
 - ▣ atrophie du rebord cotyloïdien due à l'hyper flexion cuisses/bassin: luxation
 - ▣ atrophie rétractile musculo•ligamentaire aboutissant au pied bot varus équin
- Hématome génital

3- Phénomènes dynamiques

- Dilatation aussi rapide et régulière/sommet
- Sièges complets : début + lent jusqu'à la prise de contact suffisante de la présentation avec le segment inférieur
- A bonne dilatation bon siège

4- Anomalies:

- Retard à l'engagement du siège
- Descente laborieuse
- Rotation du dos en arrière
- Relèvement d'un ou deux bras
- Rétention de tête dernière
- Asphyxie fœtale par Compression du cordon

Ces anomalies nécessite la pratique de certains manoeuvres

5-Les manoeuvres

- Dans l'accouchement du siège, le risque principal est la désolidarisation du mobile foetal.
- Dans ce cas, il faut avoir recours à des manoeuvres pour sauver le bébé

Méthode de Vermelin :

- Abstention totale « prendre un siège devant une présentation de siège »
- L'expulsion se fait sous l'effet des CU et des efforts expulsifs.
- Le rôle de l'obstétricien est réduit à l'observateur attentif.



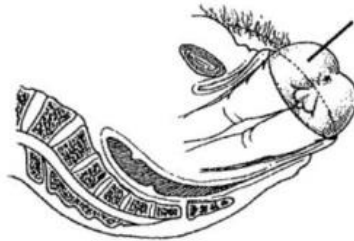
1



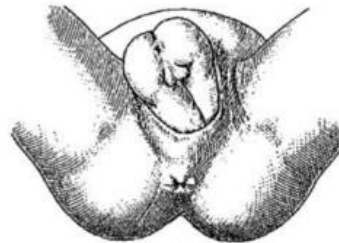
2



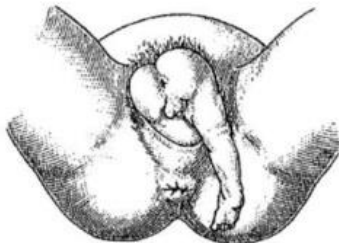
3



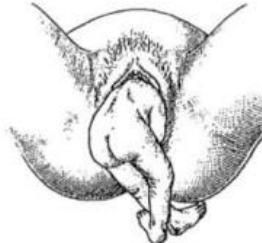
4



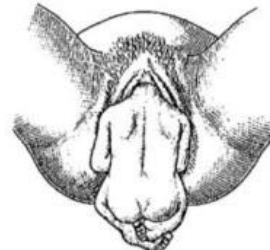
5



6



7



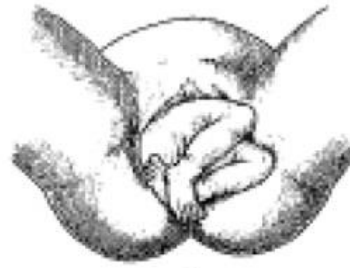
8



9



1



2



3



4



5



6

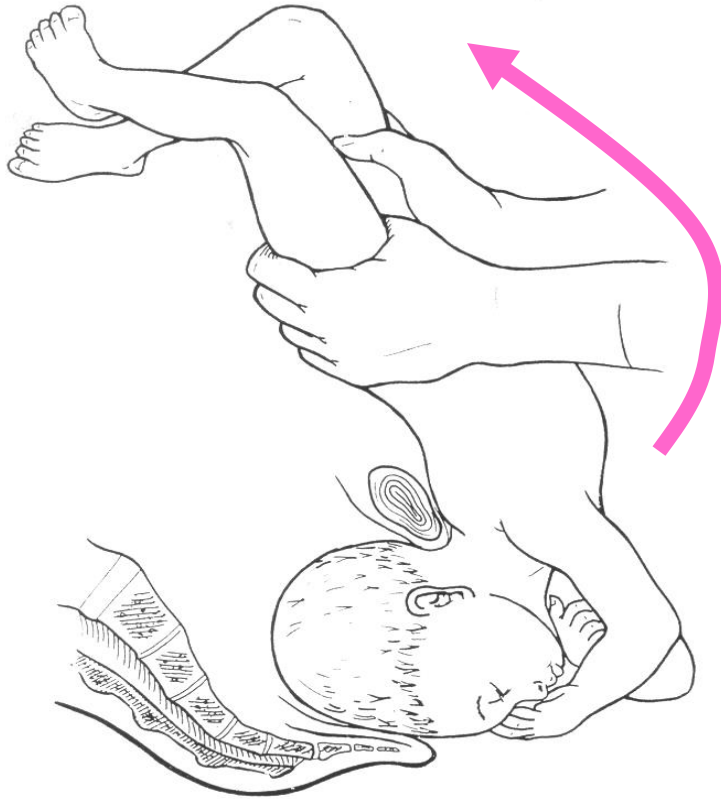


7

Méthode de Bracht :

- Lorsque la tête est engagée +++ mais ne sort pas (la bouche du fœtus en contact de la vulve), on soulève le fœtus vers le haut pour sortir la tête. Il faut faire attention car si la tête n'est pas engagée, il y a risque de fracture du cou.

Manœuvre de Bracht



Apparition des omoplates à la vulve

Saisir le fœtus à pleines mains
Pouces face post cuisses
Doigts sur les fesses

Renversement progressif
sur le ventre de la mère

Méthode de Mariceau

- Aider l'engagement de la tête
- Le cou est entre les deux doigts de la main gauche et la main droite est sous le tronc du fœtus, bouche contre index.
- On fait une orientation et flexion (pour aider l'engagement) suivis d'une traction et d'une bascule.

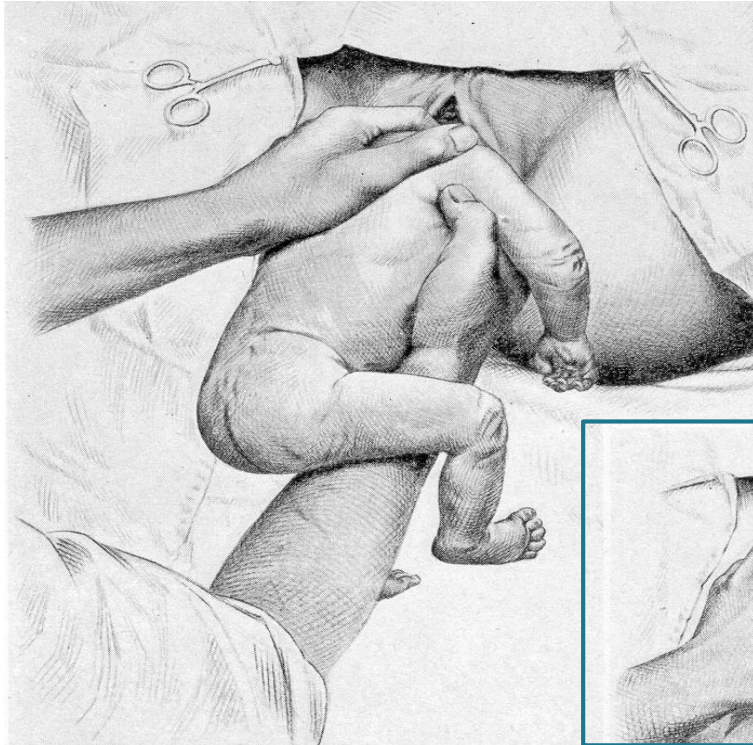
Manœuvre de Mauriceau

Index et médium
vers
la bouche fœtale

Appui sur
la base
de la langue



Manœuvre de Mauriceau

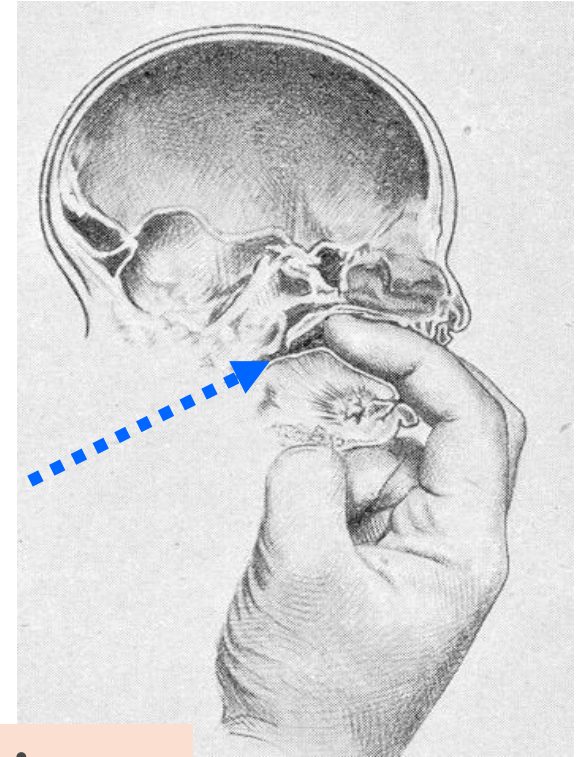
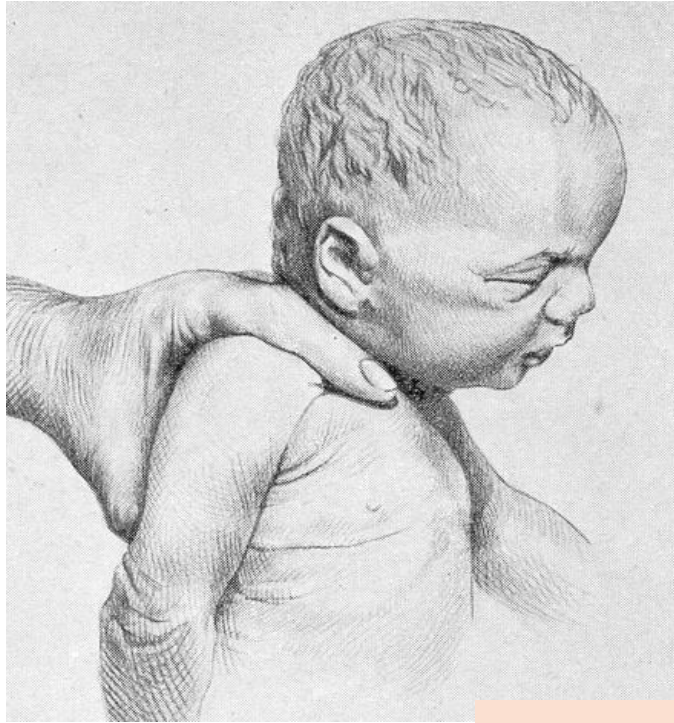


Amener l'occiput en avant
sous la symphyse

Flexion
de la tête



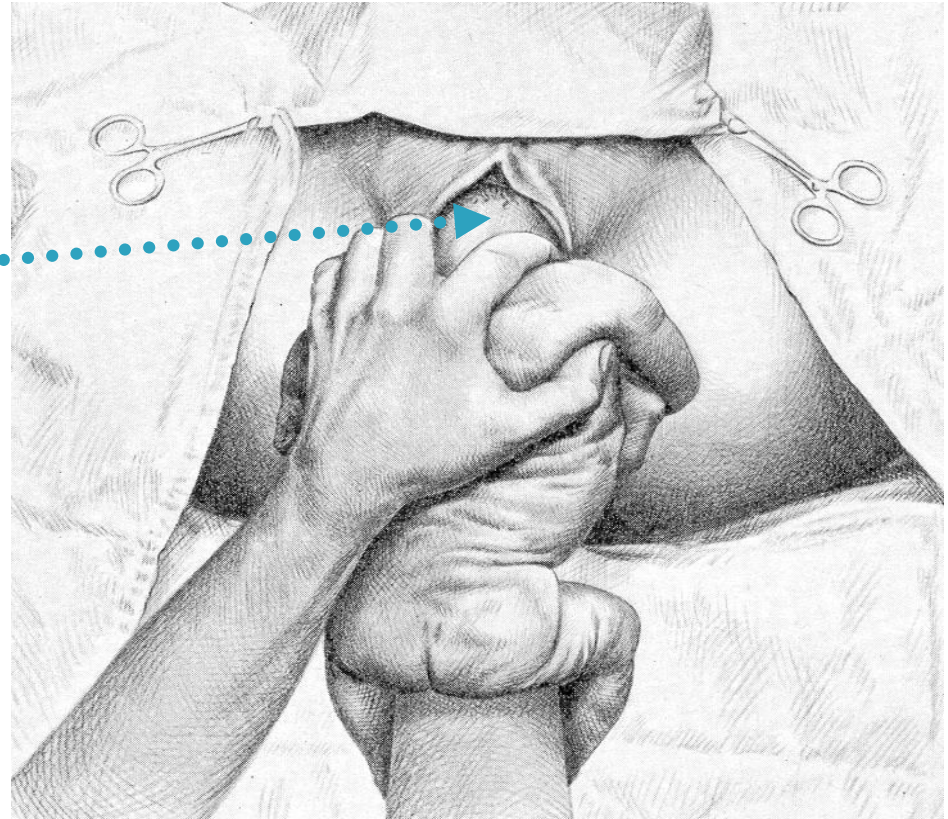
Manœuvre de Mauriceau



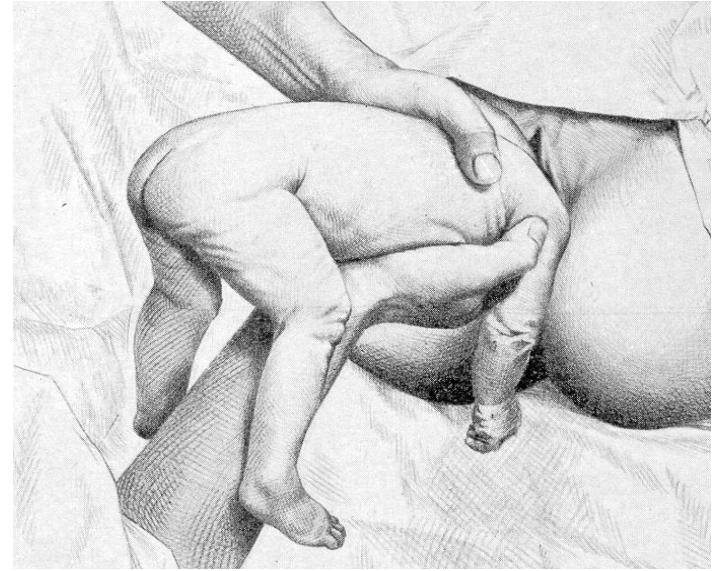
Bonne technique

Manœuvre de Mauriceau

La racine des cheveux
apparaît
sous la symphyse

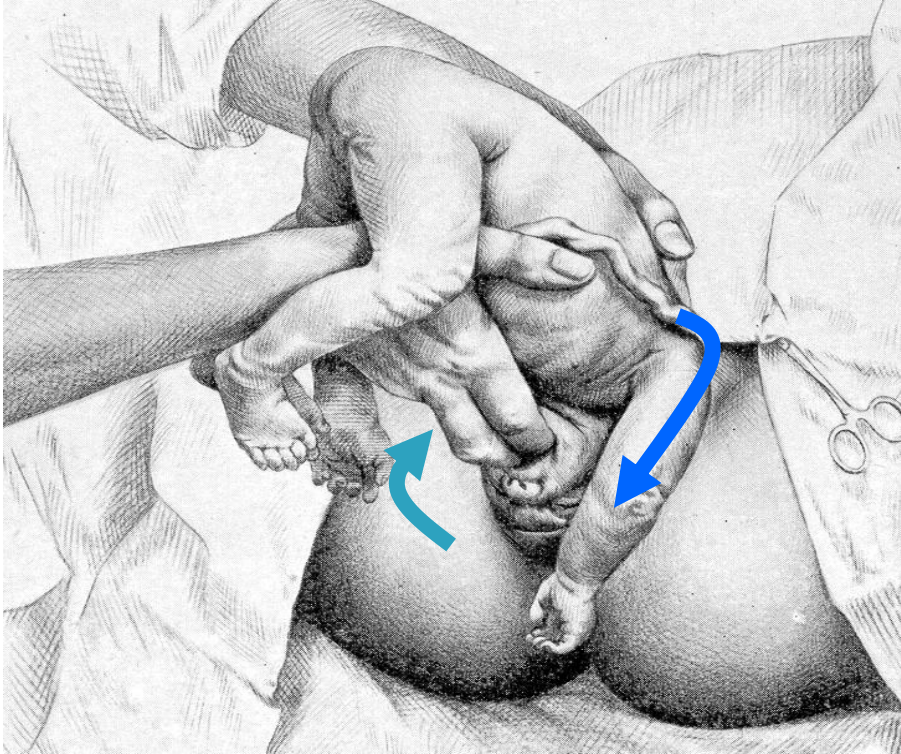


Manœuvre de Mauriceau



Tirer en même temps sur
la bouche et les épaules du fœtus

Manœuvre de Mauriceau



Relever le corps
exagérer la flexion de la tête

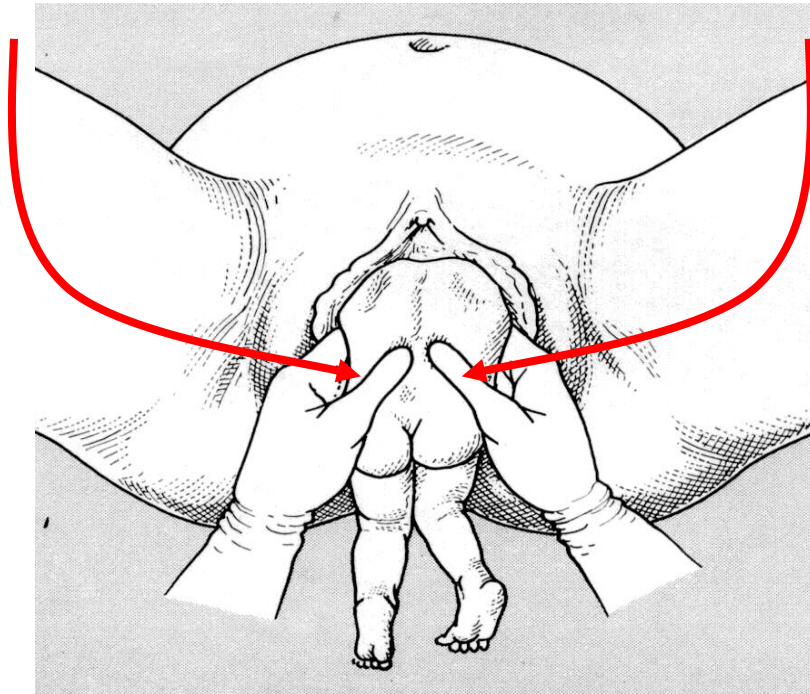
Agir lentement

Méthode de Lovset

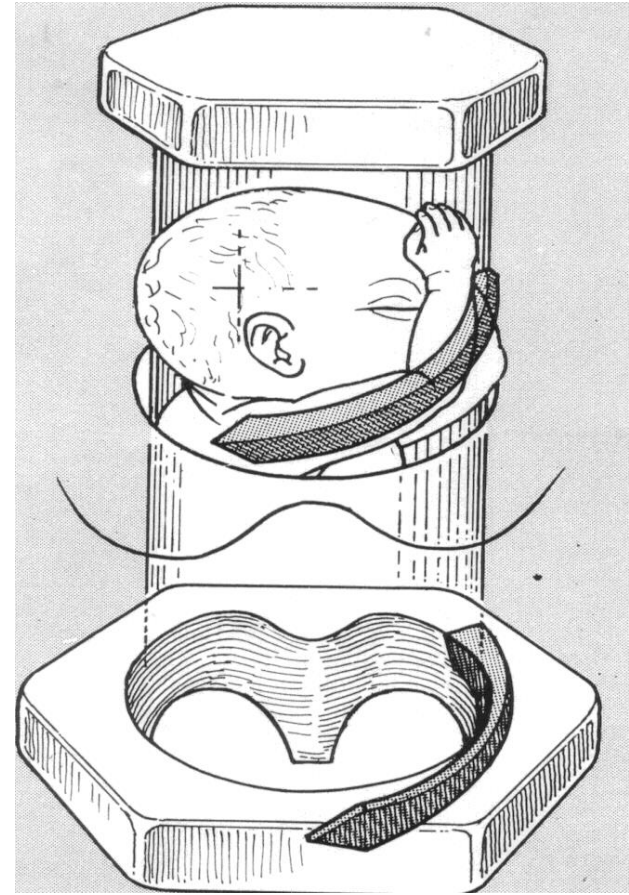
- en cas de relèvement des bras
- Si le fœtus est bloqué par son tronc, les épaules encore à l'intérieur. Les deux mains sur le bassin du fœtus, on fait une rotation pour dégager la première épaule puis une autre rotation pour dégager la deuxième
- on se retrouve avec une tête dernière enchaîner par une manœuvre de Mariceau.

Manœuvre de Lovset principe de l'écrou foetal

Pouces sur les lombes

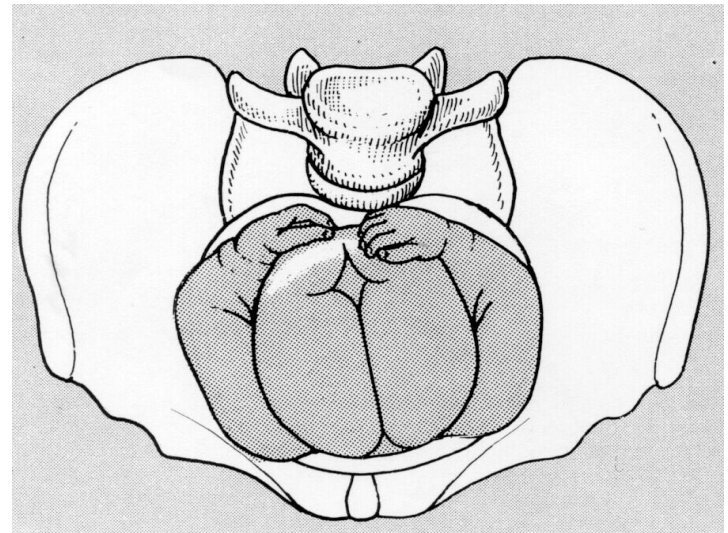
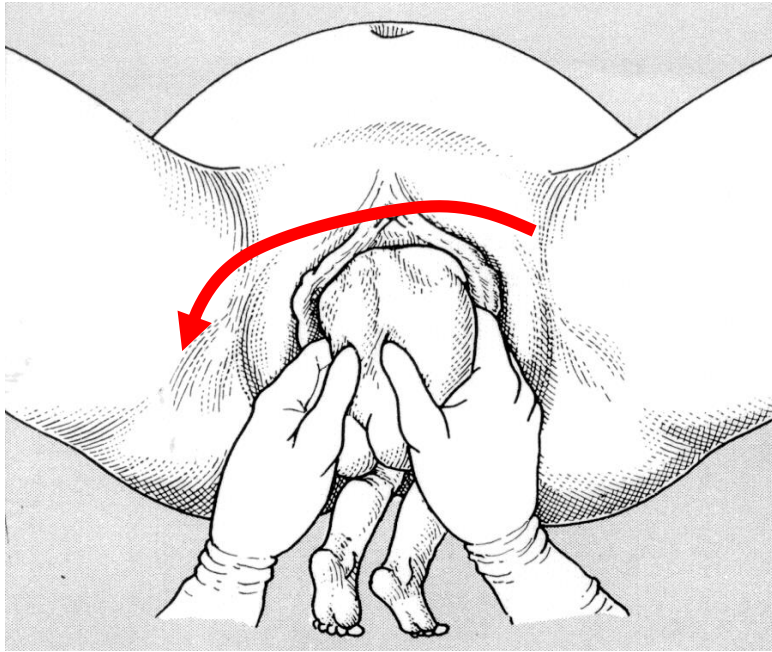


Dos en avant +++



Manœuvre de Lovset

Rotation de 90° vers la droite

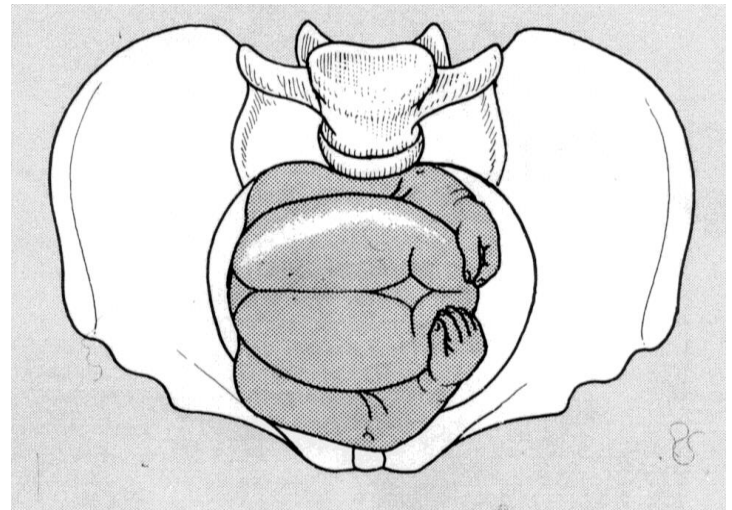
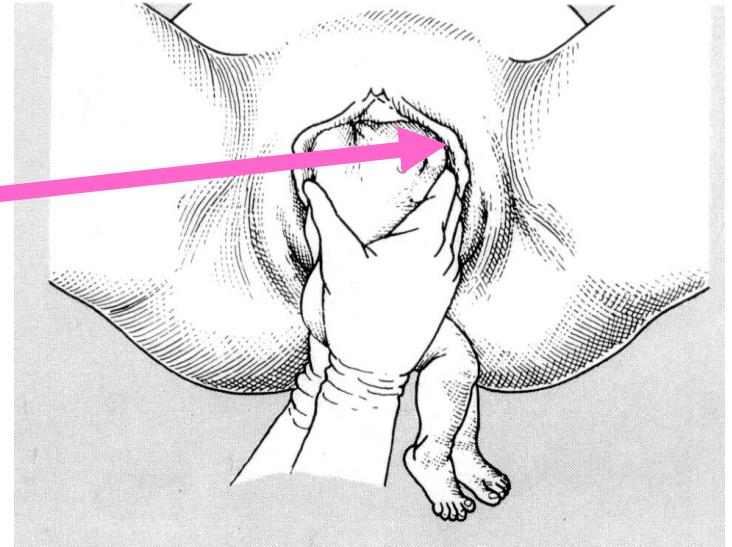


Manœuvre de Lovset

Amener le bras antérieur
sous la symphyse

L'épaule postérieure descend
sous le promontoire

On peut abaisser le bras



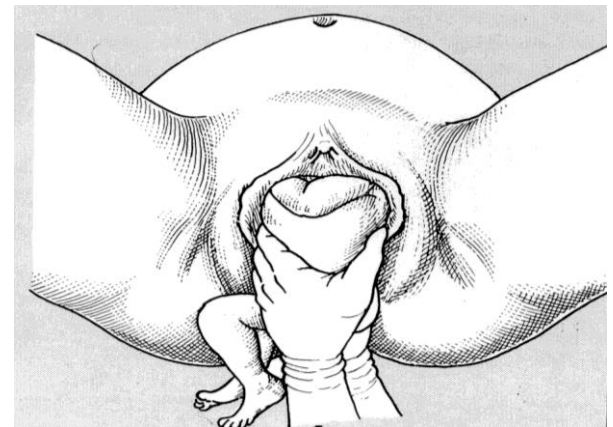
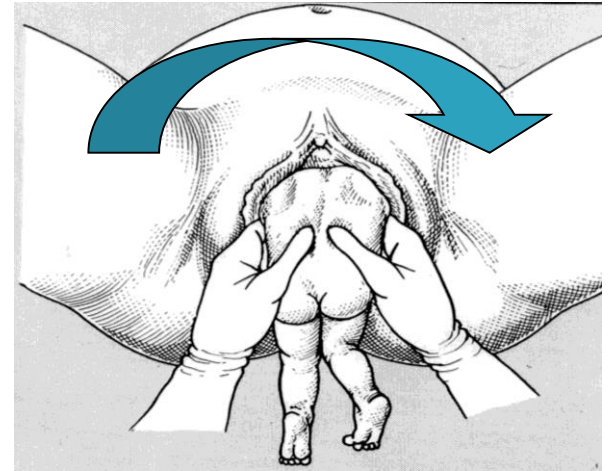
Manœuvre de Lovset

Seconde rotation de 180°
vers la gauche

Le bras postérieur est
amené en avant

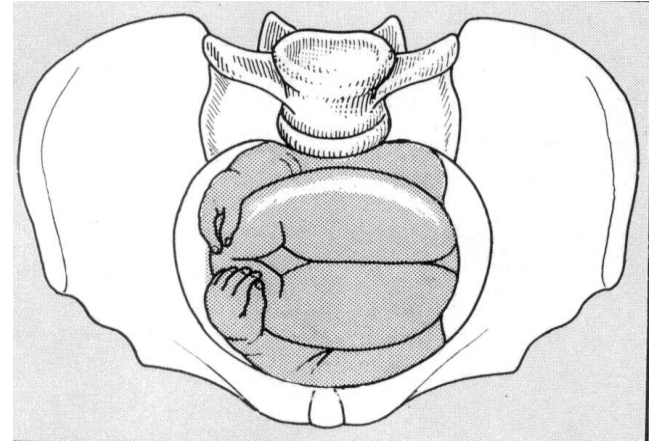
Le coude apparaît
à la vulve

Dégagement de l'autre bras



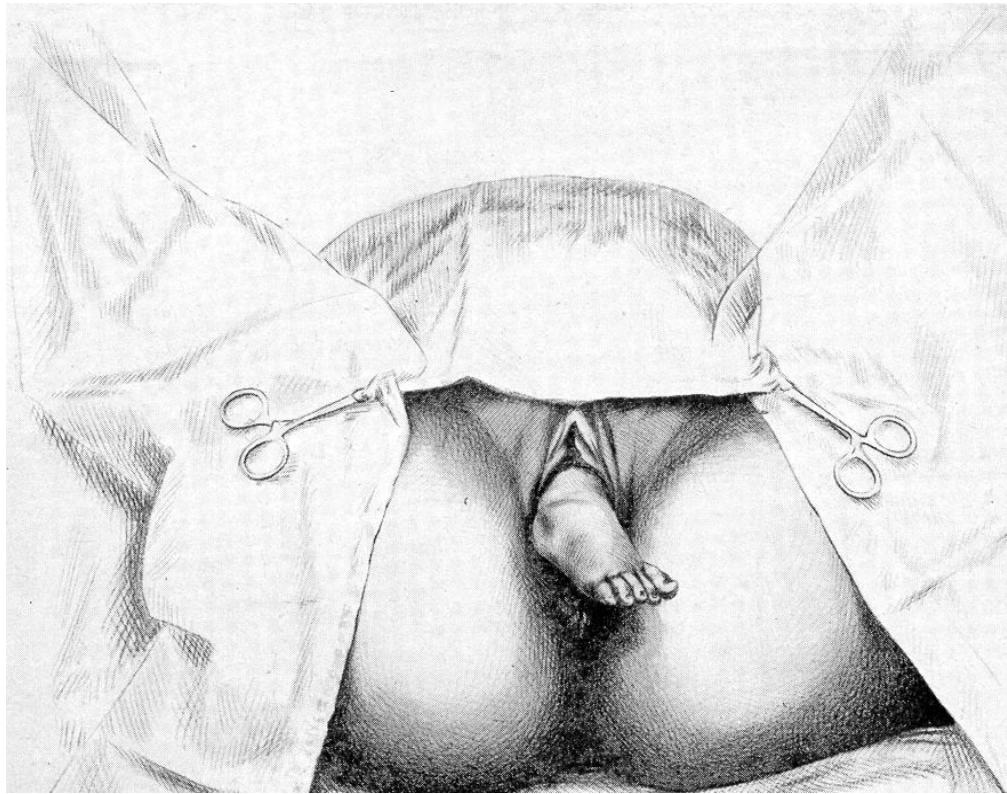
Manœuvre de Lovset

On peut tourner le plan du dos vers la gauche si cela paraît plus aisé



- + évite l'introduction de la main dans le vagin
- risque de désolidarisation bloc tête-épaules

Grande extraction du siège



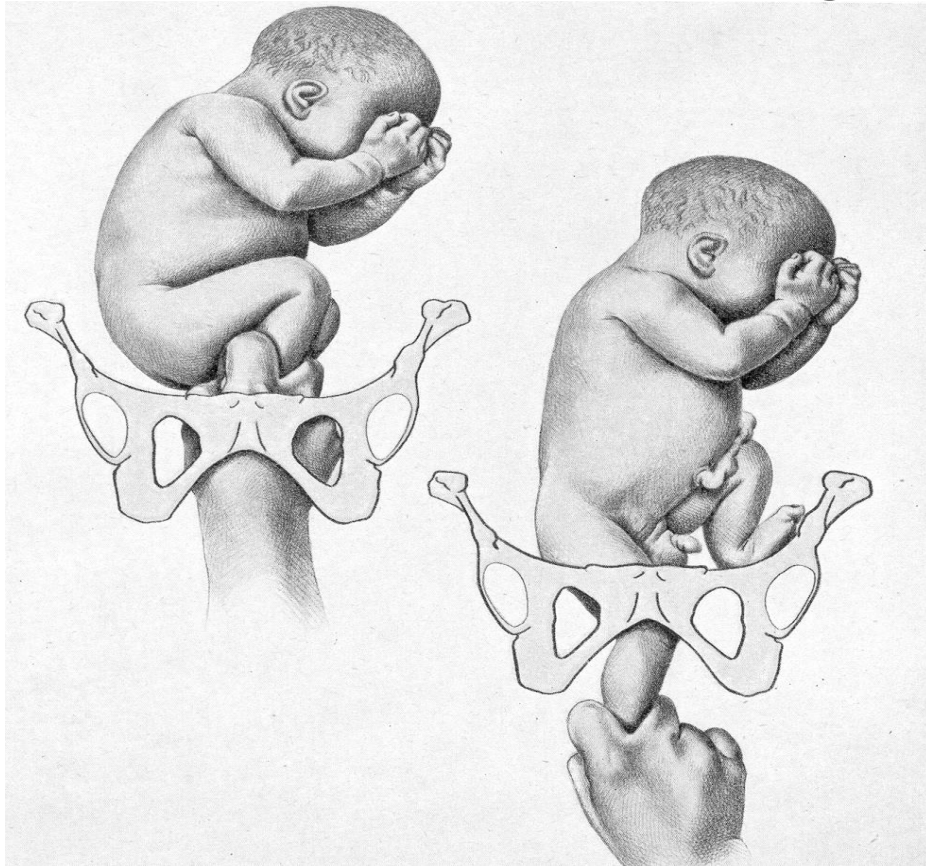
Prise et abaissement du pied 1
Traction vers le bas

Extraction du siège



Prise et abaissement du pied 2
Traction vers le bas jusqu'à apparition du
genou

Extraction du siège



Prise et
abaissement
du pied
dans le siège
complet

Saisir la jambe

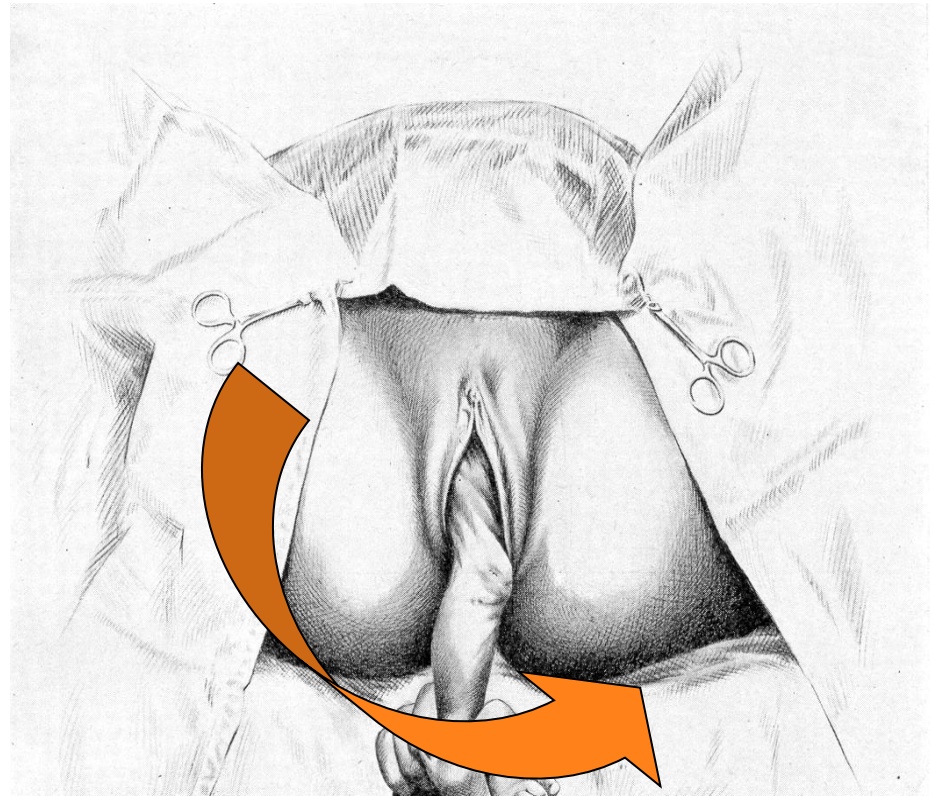
Tirer vers le bas

Extraction du siège

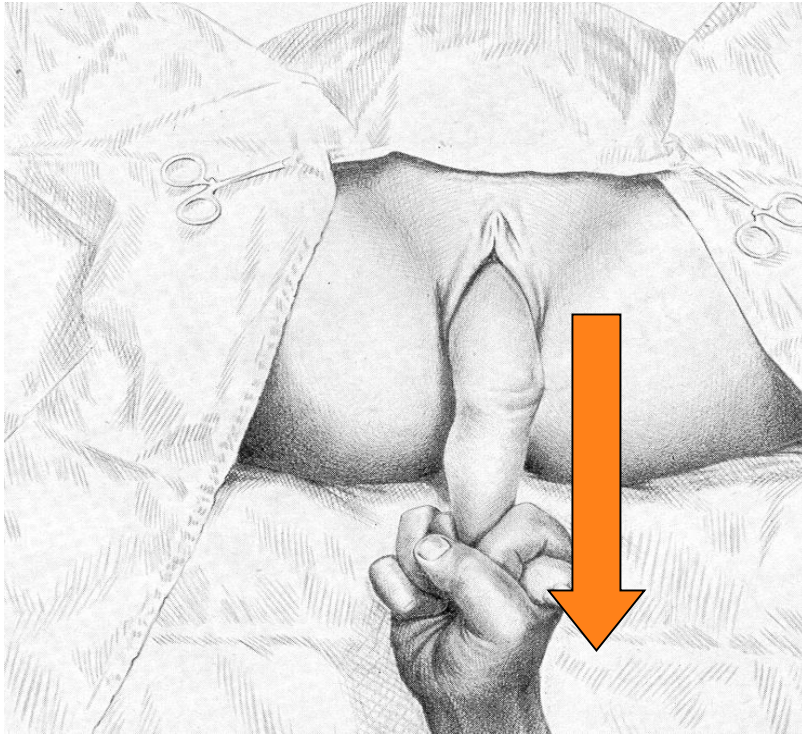
Orientation du siège
au détroit supérieur

1^{er} temps
engagement du
siège

Léger mouvement de rotation



Extraction du siège



Descente du siège

Orienter

tirer en bas

Extraction du siège

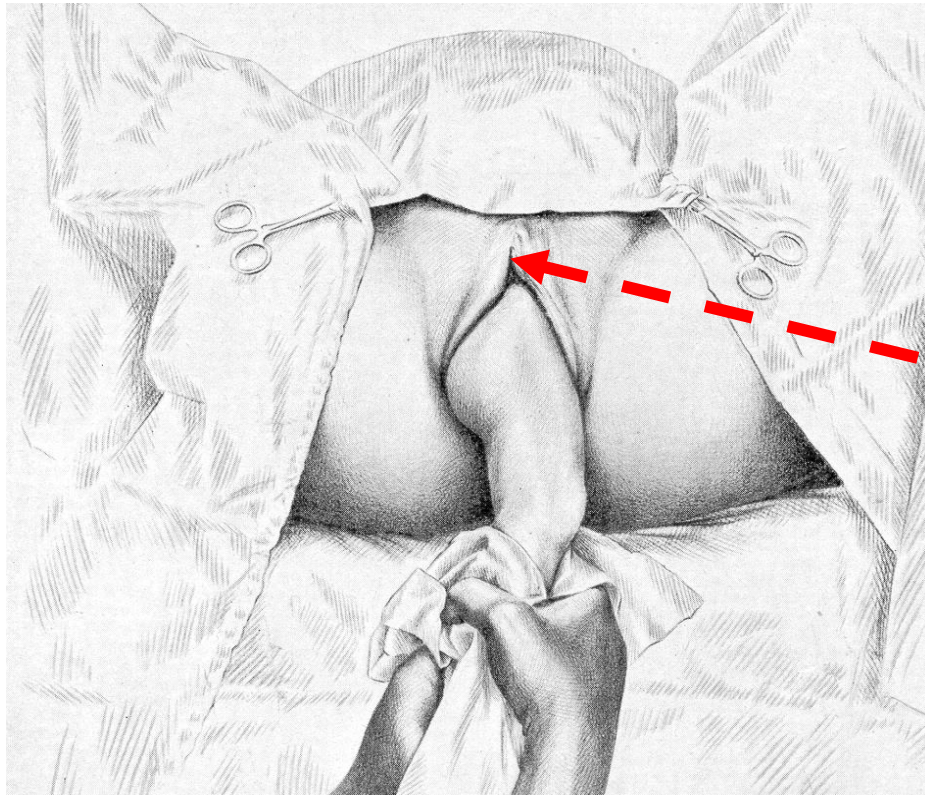


Dégagement du siège

Orientation du
siège au détroit inférieur

Placer la hanche antérieure
derrière la symphyse

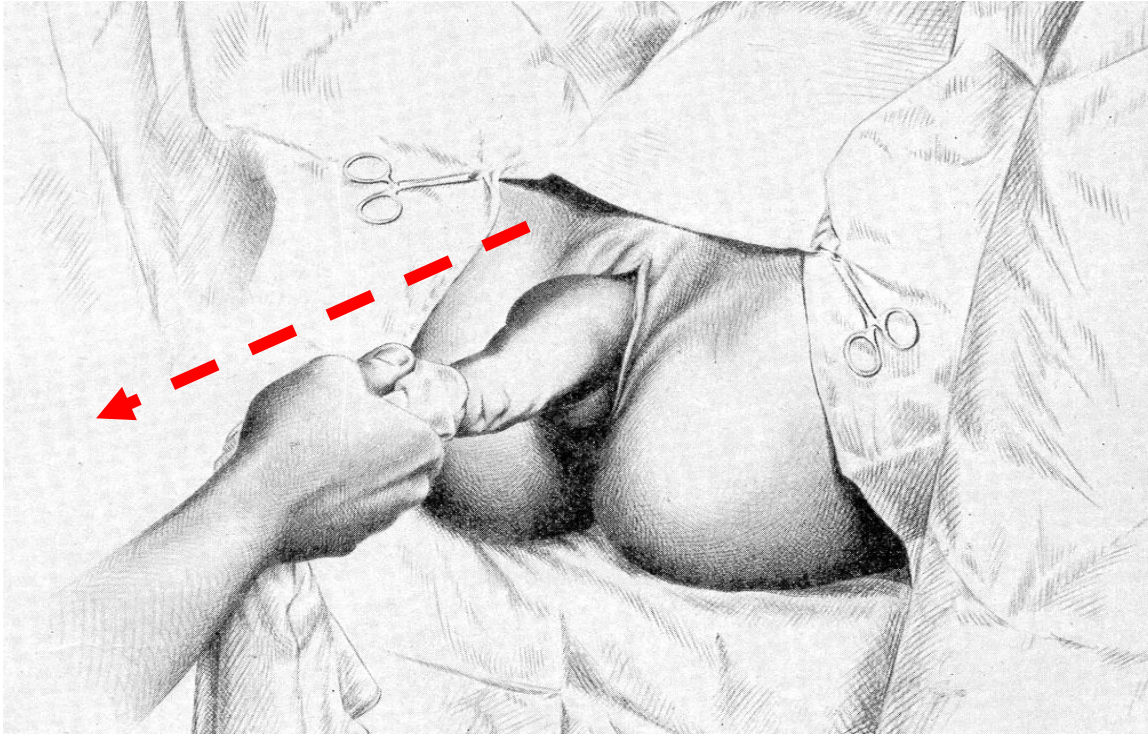
Extraction du siège



Fin du dégagement
du siège

Dégager la
hanche antérieure
sous la symphyse

Extraction du siège

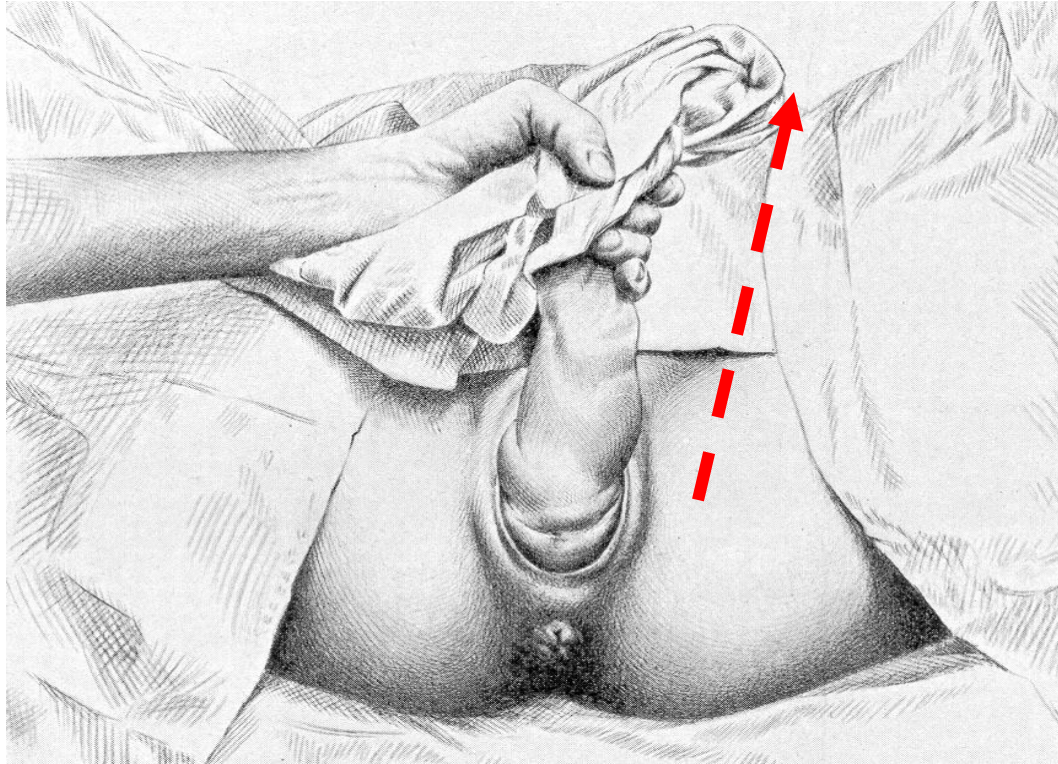


Une fois la
hanche antérieure
dégagée

Tirer
horizontalement

Dégager la hanche
postérieure

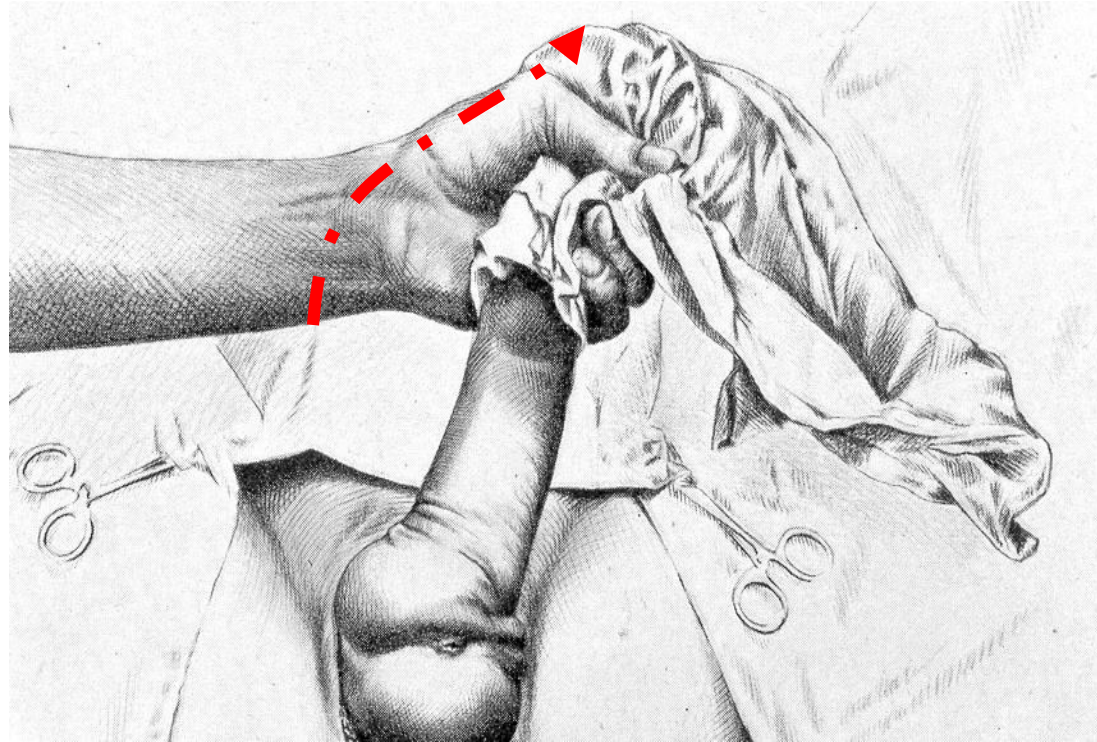
Extraction du siège



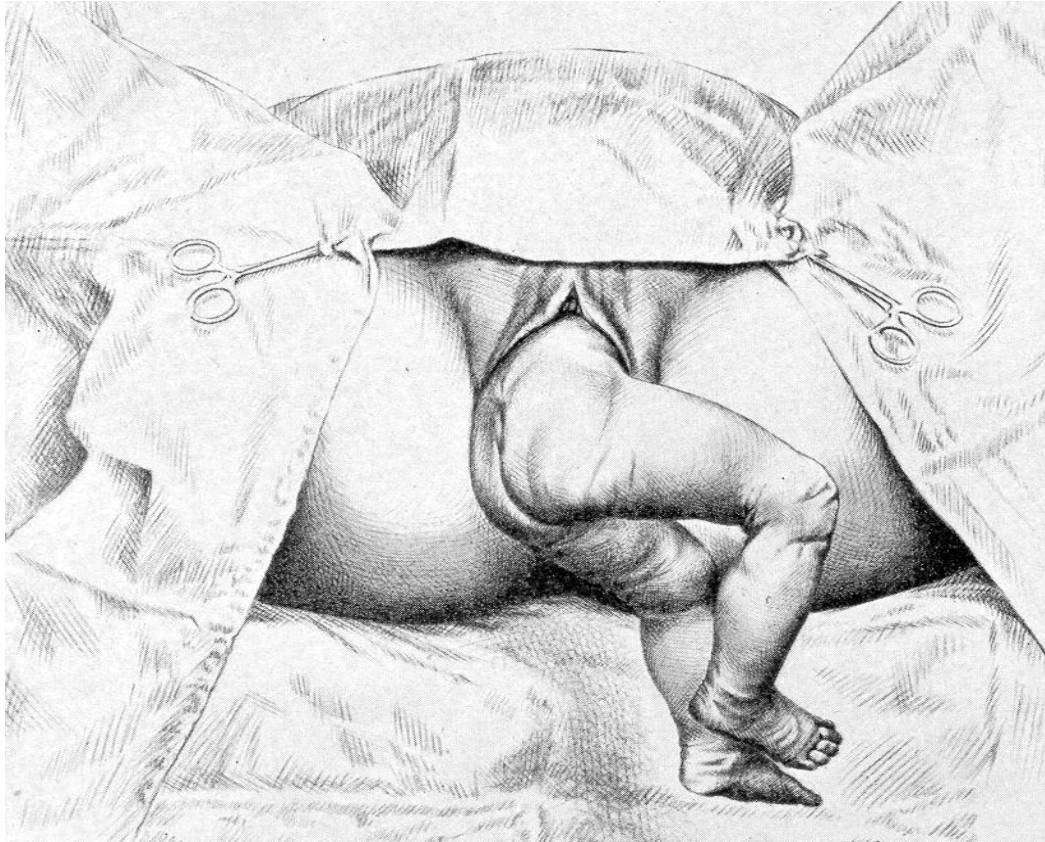
Tirer verticalement
jusqu'à
l'apparition de la
fesse postérieure

Extraction du siège

Tirer en haut pour
dégager
la hanche postérieure



Extraction du siège



Dégagement de
la hanche postérieure

Abaissement
du second pied

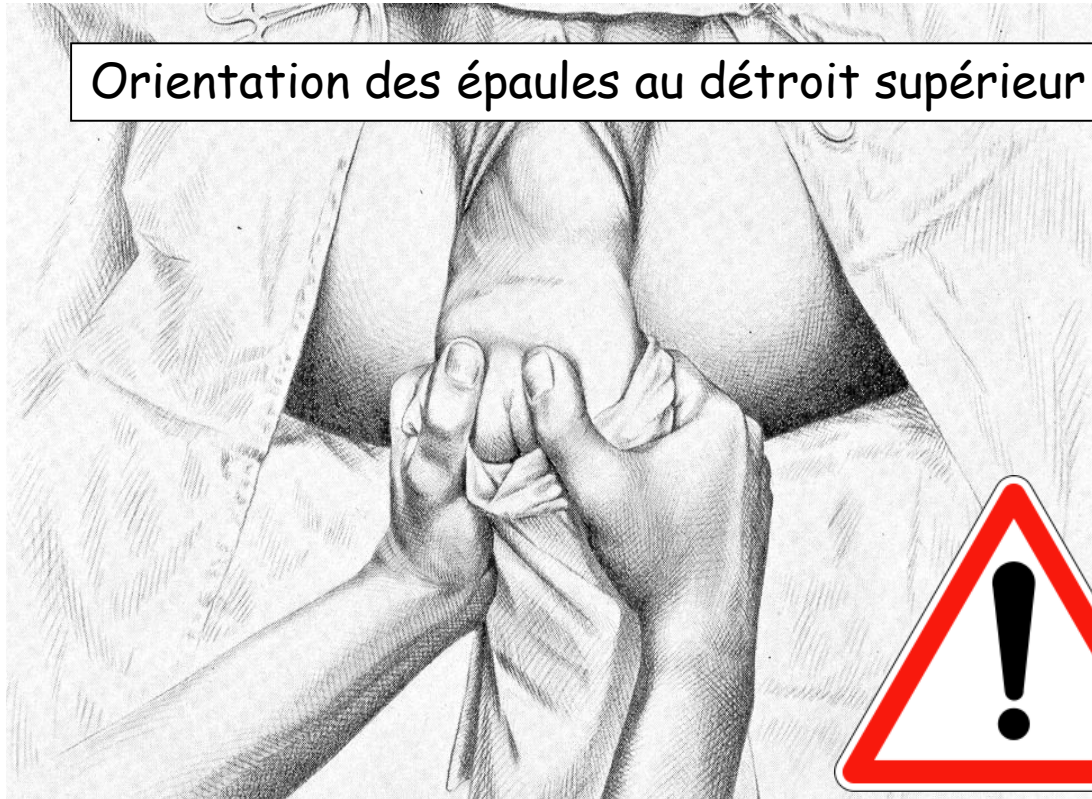
Engagement des épaules

Orientation des épaules au détroit supérieur

Faire tourner
le fœtus sur son axe

Ne pas tirer en bas
avant l'orientation

Ne pas saisir l'abdomen
du fœtus

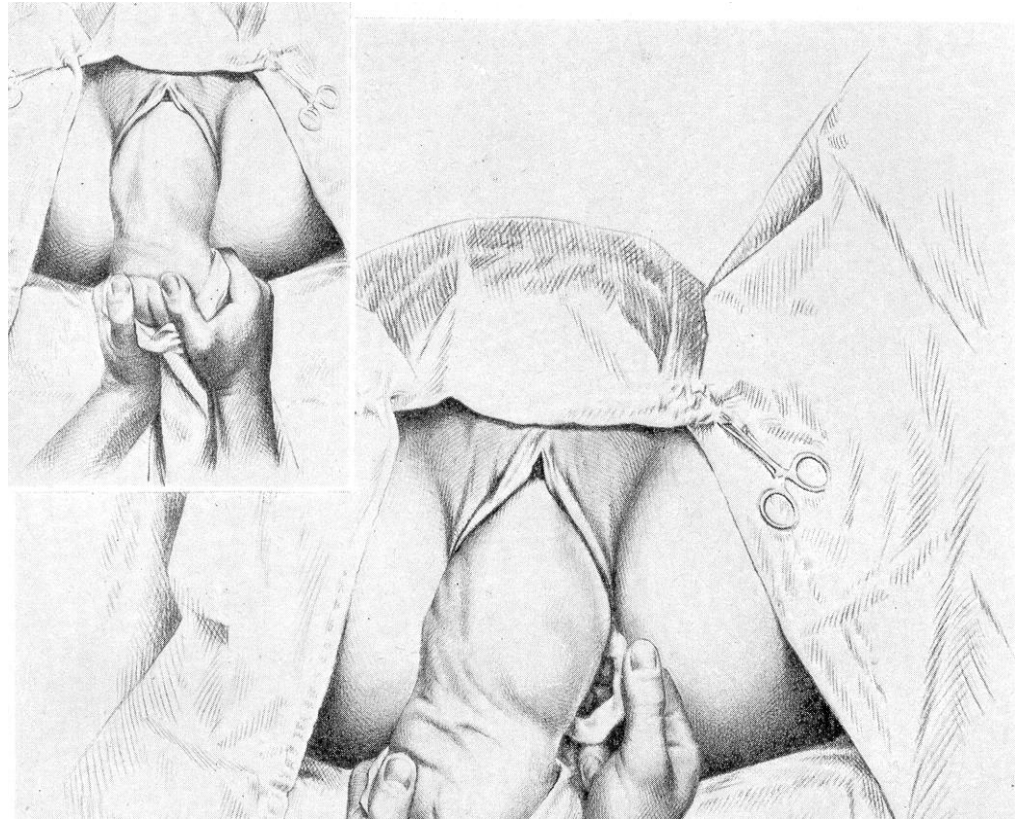


Engagement des épaules

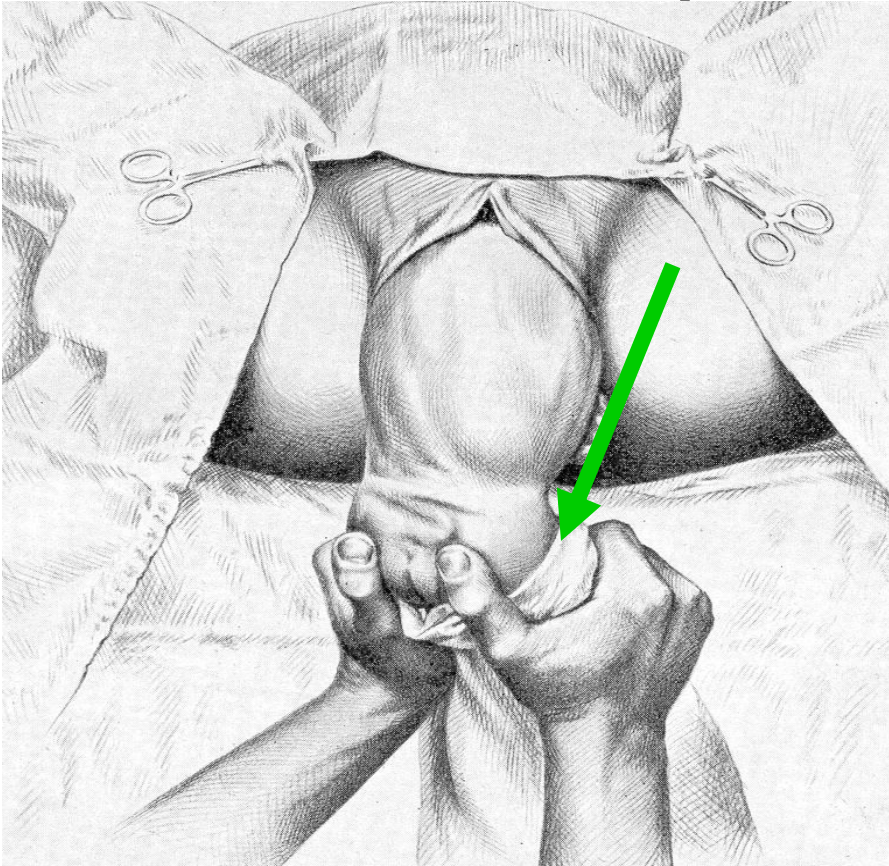
Épaules orientées

Tirer en bas

Anse du cordon



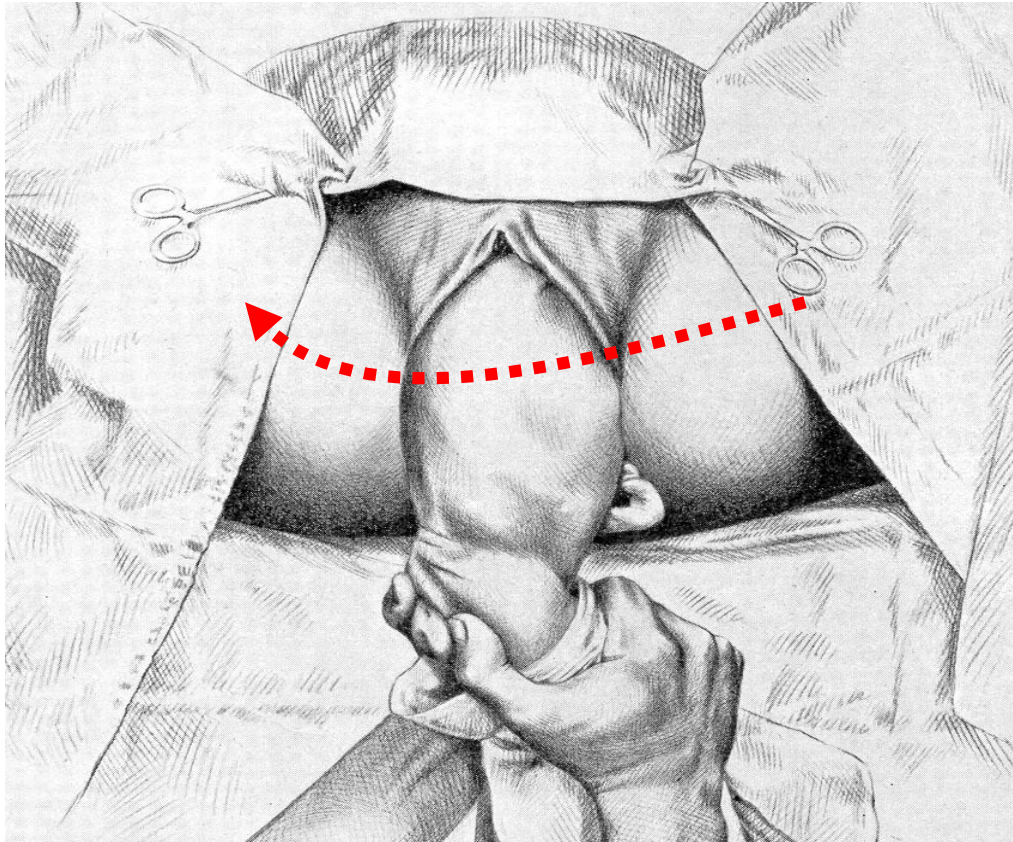
Descente des épaules



Tirer en bas

Les épaules parcourent
l'excavation

Extraction du siège

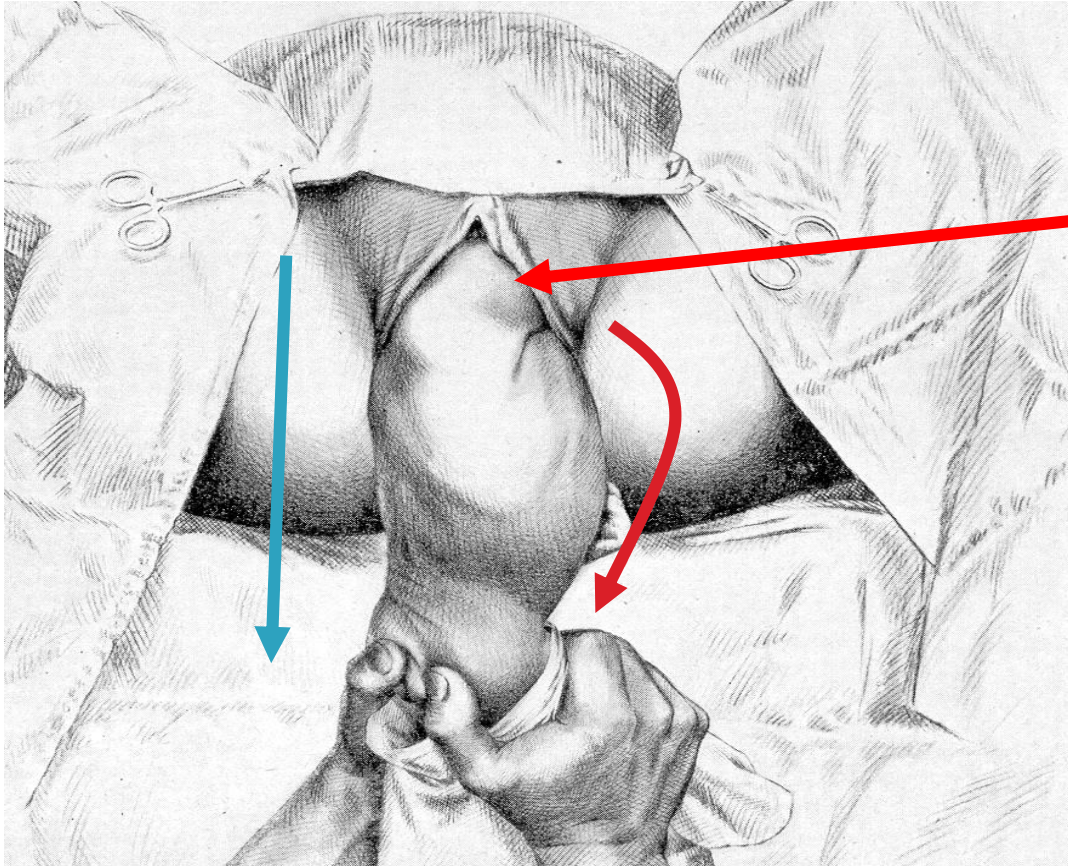


Orientation des épaules
au détroit supérieur

Faire tourner
le fœtus sur son axe

Diamètre bi acromial
sur le
diamètre antéro-postérieur
du détroit inférieur

Extraction du siège



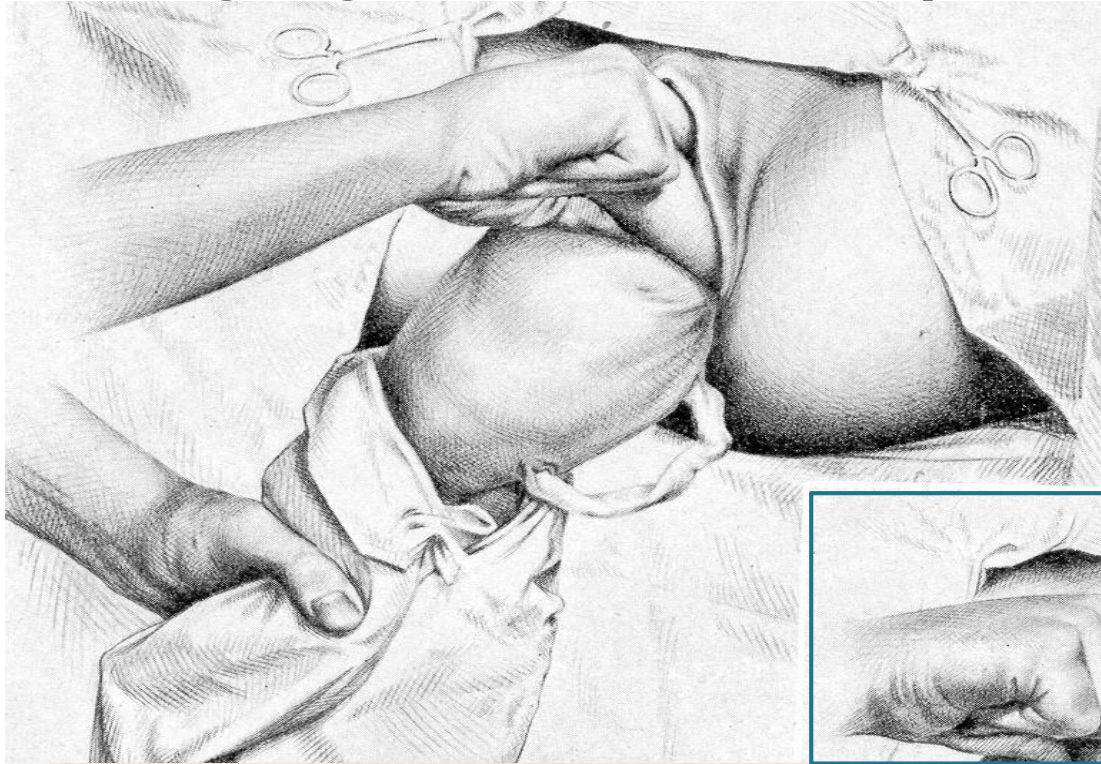
Tirer très en bas

Dégager
l'épaule antérieure

Incurver le tronc

Les muscles de
l'épaule vont
l'abaisser et la dégager

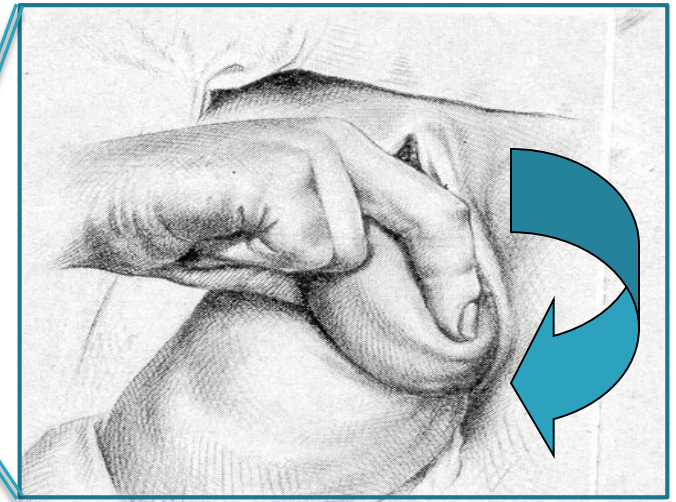
Dégagement des épaules



Appuyer sur le bras vers le ventre foetal

Pouce dans l'aisselle

Index et médius le long
de l'humérus

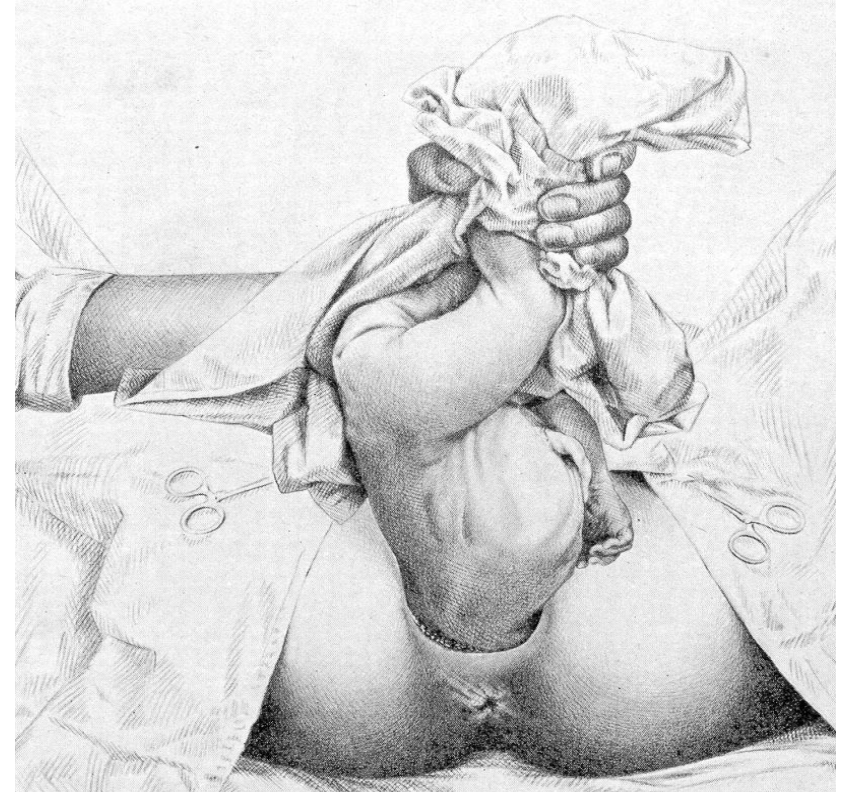


Dégagement des épaules

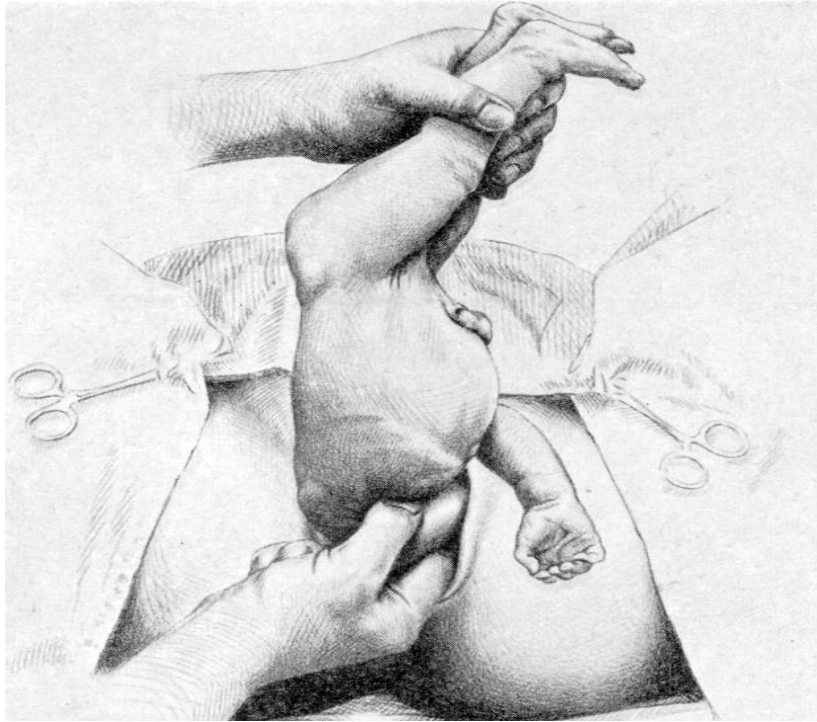
Après le dégagement
du bras antérieur

Saisir le fœtus
par les pieds

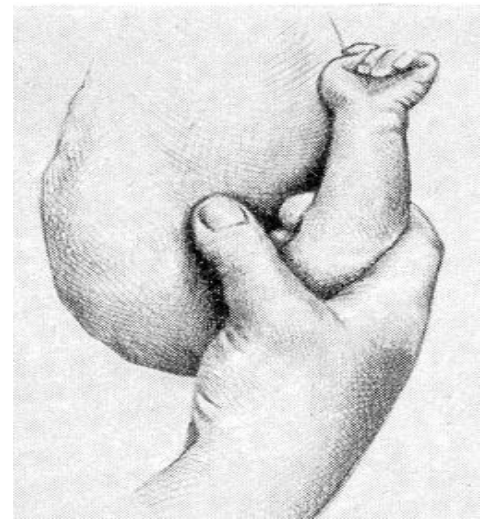
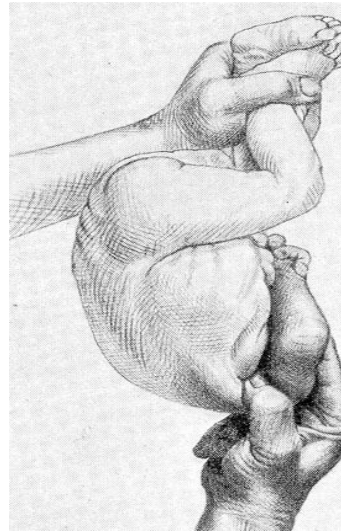
Le relever fortement



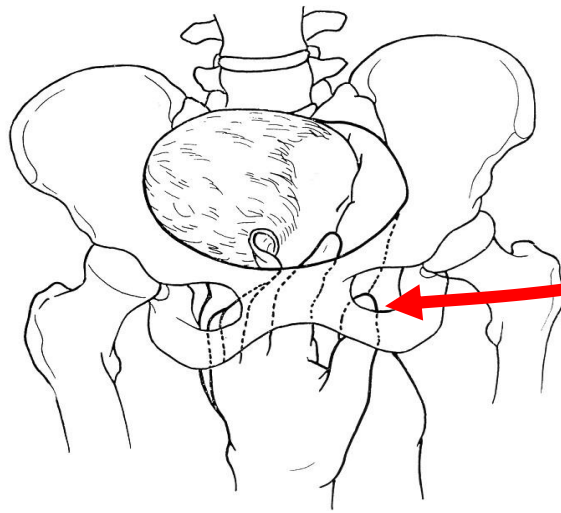
Dégagement des épaules



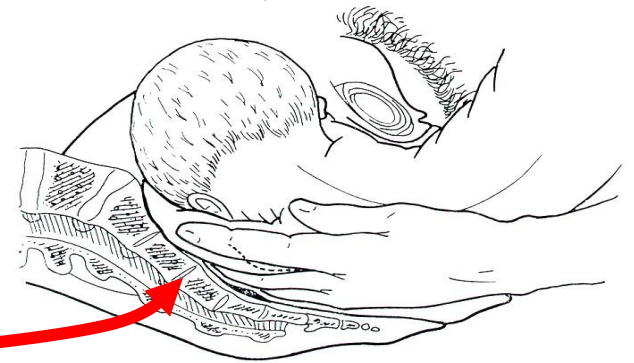
Dégagement de
l'épaule postérieure



Dégagement des épaules



Épaule antérieure



Épaule postérieure

Pronostic:

Morbidité maternelle

Morbidité néonatale

Facteurs de risque

A. Morbidité maternelle :

- Déchirures des voies génitales basses :
 - ▣ périnée – vagin -parfois le col
 - ▣ surtout dues aux manœuvres obstétricales

B. Morbidité néonatale

- accidents obstétricaux ne sont pas rares :
 - ▣ anoxie périnatale : due à la compression du cordon au cours de la descente et du dégagement du siège puis de la tête.
 - ▣ traumatismes obstétricaux : sont fréquents à la fois des
 - Vx intracrâniens : → hémorragies cérébrale et méningée
 - structures nerveuses et osseuses (maladresse de l'accoucheur):
 - ▣ lésions bulbaires et médullaires
 - ▣ paralysies du plexus brachial
 - ▣ fractures luxations des MS.

C. Les facteurs de risque :

- ❑ Bassin maternel anormal
- ❑ Macrosomie ($P > 3800g$)
- ❑ Déflexion primitive de la tête (le fœtus passerait difficilement s'il n'est pas bien pelotonné sur lui-même)
- ❑ Pré maturité
- ❑ Malformation fœtale (à dépister avant toute conduite thérapeutique).

VIII. La conduite pratique

Version par manœuvre externe

Césarienne prophylaxie

Accouchement par VB



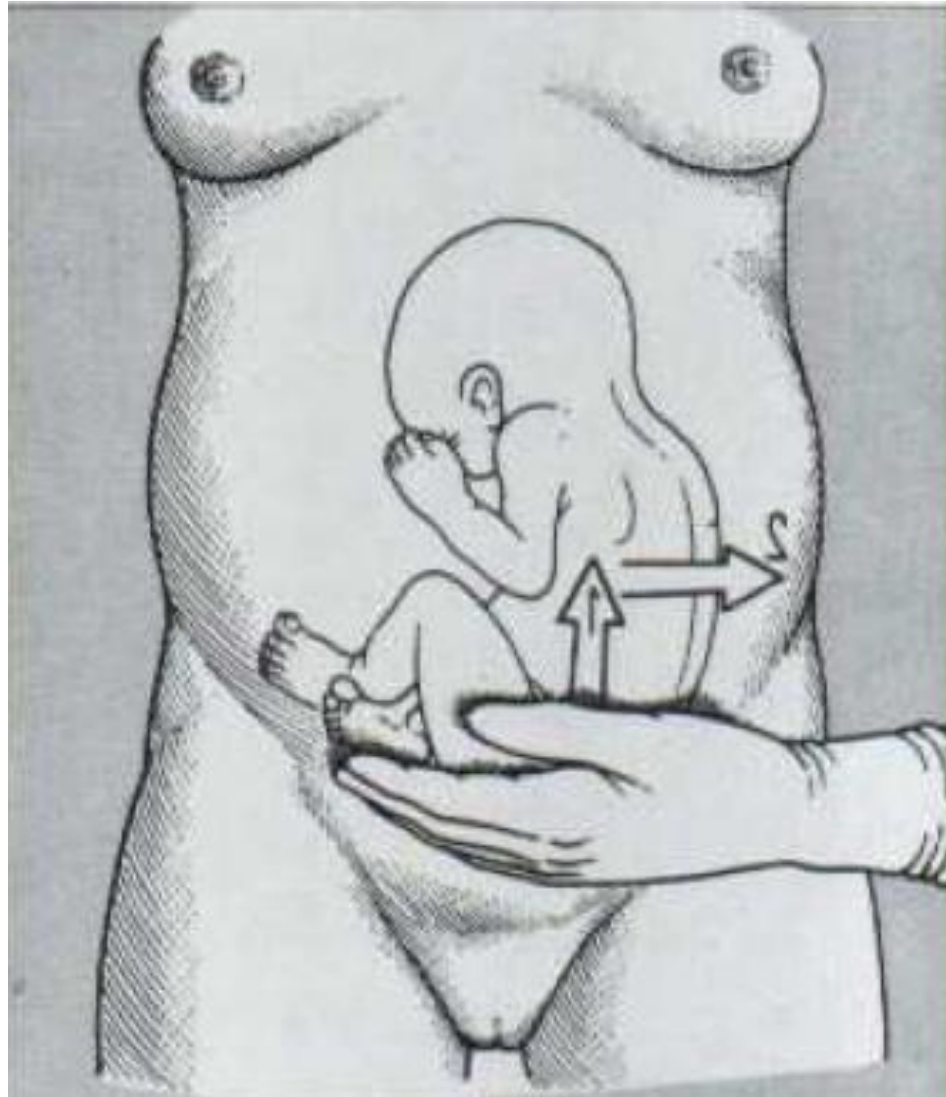
Trois attitudes peuvent être envisagées :

- version par manœuvre externe
- césarienne prophylaxie
- Autoriser l'accouchement par VB

A. La version par manœuvre externe

transformation de la présentation de siège en présentation céphalique. S'effectuant entre la 32 - 36 SA, elle est CI par l'association à un :

- ❑ bassin chirurgical
- ❑ obstacle prævia : fibrome, tm ovarienne, PP...
- ❑ utérus malformé ou cicatriciel (rigidité empêche le fœtus de tourner)
- ❑ tête fœtale défléchie
- ❑ SFC ou /et RCIU
- ❑ placenta antérieur, car les manœuvres qui sont exercées par l'avant, risquent de déclencher un décollement prématuré du placenta fatal pour le fœtus.



B. Césarienne programmée

césarienne est indiquée en cas d'anomalies notamment :

- ❑ Bassin limite ou chirurgical
- ❑ Utérus cicatriciel par césarienne ou gynécologique
- ❑ Malformation utérine
- ❑ Tête foetale défléchie
- ❑ Macrosomie ($P > 3800\text{g}$ ou diamètre BIP $> 100\text{mm}$)
- ❑ GG
- ❑ RPM.
- ❑ Obstacle praevia

C. Autoriser l'accouchement par VB

1. Recommandations générales :

- présence en salle d'accouchement :
 - ▣ obstétricien expérimenté
 - ▣ pédiatre
 - ▣ anesthésiste réanimateur
- RCF obligatoire
- surveillance du travail par le partogramme
- respecter la poche des eaux
- Ocytocine indiquée à partir de 7cm de dilatation en respectant la poche des eaux.
- péridurale est souhaitable.

C. Autoriser l'accouchement par VB

2. Expulsion fœtale :

- temps capital et doit se faire :
 - ▣ dilatation complète
 - ▣ vessie vide
 - ▣ sous CU efficaces (stimulé par une perfusion d'ocytocique)
- forceps à porter de main.
- 2 grands principes à respecter :
 - ▣ éviter les tractions sur le fœtus
 - ▣ diriger les efforts expulsifs.

C. Autoriser l'accouchement par VB

3. Manœuvres obstétricales

- Les principales dystocies d'expulsion sont : le relèvement des bras, la rétention de la tête dernière, complication la plus grave pour la mère et le fœtus pouvant nécessiter parfois la cranioclasie.
- Selon le niveau de rétention:
 - excavation : méthode Bracht
 - DS : méthode Mauriceau
 - Parfois forceps sur tête dernière

Points forts:

- L'extrémité pelvienne du mobile se présente la première au détroit supérieur, 2 types complet et décompleté, le repère est le sacrum
- Causes maternelles, ovulaires et foétale
- Diagnostic confirmé par l'échographie
- 6 temps de l'accouchement du siège:
 - 1 • orientation et amoindrissement
 - 2 • engagement
 - 3 • descente et rotation intra-pelvienne
 - 4 • dégagement
 - 5 • rotation extra-pelvienne
 - 6 • accouchement des épaules et de la tête

Points forts:

- Principales manœuvres: Vermelin, Mauriceau; Lovset et Bracht
- Morbidité maternelle et surtout fœtale
- Trois attitudes peuvent être envisagées :
 - version par manœuvre externe
 - césarienne prophylaxie
 - Autoriser l'accouchement par VB