

LA PRÉSENTATION DE SIÈGE

INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

1- DÉFINITION : ^{transverse} P ^(95%) SA

La présentation de siège ou podalique est une présentation longitudinale où l'extrémité pelvienne du mobile foetal est au contact du DS et l'extrémité céphalique dans le fond utérin.

Il faut distinguer le *siège complet* (jambes fléchies sur les cuisses, elle mêmes fléchies sur le bassin, foetus en position assise ou en tailleur) du *siège décompleté* ou mode des fesses (jambes totalement tendues et relevées devant le tronc, cuisses en hyperflexion.)

(incomplet)

II- ÉTIOPATHOGÉNIE :

La fréquence de la Pr de siège est de 3 à 4%. Le siège décompleté est plus fréquent (3/5 des cas.)

Les étiologies

Les causes maternelles:

Congénitales:

- Atrophie utérine (utérus cylindrique.) - Malformation utérine, expliquant la récurrence (utérus cloisonné.)

Acquises:

- Grande multiparité (utérus relâché.) - Fibrome utérin (cavité utérine déformée.)

- Tumeur preavia (ovarienne.)

Les causes ovulaires:

- Hydramnios. - Oligoamnios.

- Cordon court (< 40 cm.) - Placenta previa

Causes foetales:

- Malformations foetales (anencéphalie, hydrocéphalie.) - Hyper-extension de la tête. (traumatisme per partum)

- G multiples - Prématurité (avant 37 SA) plus fréquente

III- DIAGNOSTIC DE LA PRÉSENTATION DE SIÈGE :

Pendant la grossesse

L'interrogatoire précise

1- Les antécédents de Pr de siège, de fibromes utérins et de gène, voir de douleur sous-costale

L'inspection révèle

2- Un développement longitudinal de l'utérus.

La palpation révèle

3- Au-dessus du DS, le siège complet, perçu comme une masse volumineuse, de consistance ferme sans être dure.

4- 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

5- Les BCF, haut-situés par rapport à l'ombilic.

Le TV révèle peu de résultats, il permet d'apprécier

6- L'ampliation du segment inférieur.

L'échographie: Confirme le diagnostic et permet d'étudier les mensurations biométriques et la morphologie (causes du siège.)

Pendant le travail

En plus des éléments déjà retrouvés à la palpation,

Le TV est plus informatif, il doit être fait avec prudence pour éviter la rupture intempestive de la poche des eaux "PDE" (élément majeur pour la dilatation du col.) Il révèle:

1- Un pôle perçu, irrégulier, sans suture ni fontanelle.

Après la rupture artificielle des membranes "RAM", le TV précise

2- Le mode:

- Siège complet (perception des pieds.)

- Siège décompleté (perception de 2 masses molles séparées par un sillon inter-fessier.)

3- La variété: Où le repère est le sacrum foetal

- Le sacro-iliaque gauche antérieur "SIGA". - Le sacro-iliaque droit antérieur "SIDA"

- Le sacro-iliaque gauche postérieur "SIGP". - Le sacro-iliaque droit postérieur "SIDP".



SIGP



SIGA



SIDA



SIDP

IV- DÉROULEMENT PHYSIOLOGIQUE DE L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE (MÉCANISME) :

A- Accouchement du siège:

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

2- **Descente-rotation:** La rotation fait $\frac{1}{2}$ de cercle, amenant le ØBT dans le DI.

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 postérieure.

B- Accouchement des épaules:

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

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

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 en position médiane au DI.

3- **Le dégagement:**

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

- La tête se défléchie.

- 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

! **Les éléments foetaux:**

1) Le mode de présentation: La voie basse est admise en dehors des complications (CIVD, dystocie avec providence du cordon). *si siège complet*

2) L'âge gestationnel: La voie basse est acceptable à partir de 34 SA pour un foetus dont le poids > 2 kg et sans tare associée. La césarienne se discute entre 28 et 33 SA pour un foetus dont le poids < 2 kg, surtout en cas de tare associée (HTA, diabète.)

3) Les dimensions foetales: La césarienne s'impose devant un macrosome (poids > 4 kg et/ou le BiP > 96 mm.)

4) L'attitude de la tête foetale: La césarienne s'impose devant la déflexion de la tête, qui doit être appréciée par une

échographie et une radiographie du contenu utérin.

! Les éléments maternels:

1) L'âge et la parité: La primiparité et l'âge avancé représentent des éléments défavorables pour la voie basse.

2) Les dimensions maternelles:

• Le poids: L'obésité multiplie le risque foetal de 3 à 10.

• La taille: Intervient via la hauteur de l'excavation. La taille souhaitée est entre 1.55 et 1.60 m.

3) Le bassin osseux: Toute gestante dont le foetus est en siège à terme, doit avoir une radio-pelvimétrie dont l'indice

de Magnin > 23 cm.

4) La qualité de l'utérus: La césarienne est souhaitable devant un utérus cicatriciel + siège et un utérus mal formé + siège

5) La qualité des parties molles: C'est la souplesse des tissus cervico-vaginaux et périnéaux. La césarienne s'impose

devant un périnée cicatriciel ou court (< 3 cm.)

6) La compliance maternelle: A la demande de la mère. *(si on la voie Route)*

! Les éléments foeto-maternels:

1) La souffrance foetale chronique "SFC". 2) Les antécédents de stérilité.

La version par manoeuvres externes reste à discuter sous tocolyse (Salbutamol.)

! **Apprécier les indications de la césarienne**, avant le début du travail:

Les indications formelles:

1) Anomalies du bassin. 2) Périnée cicatriciel ou court.

3) Macrosomie. 4) Déflexion de la tête.

5) Placenta prævia.

Les indications relatives:

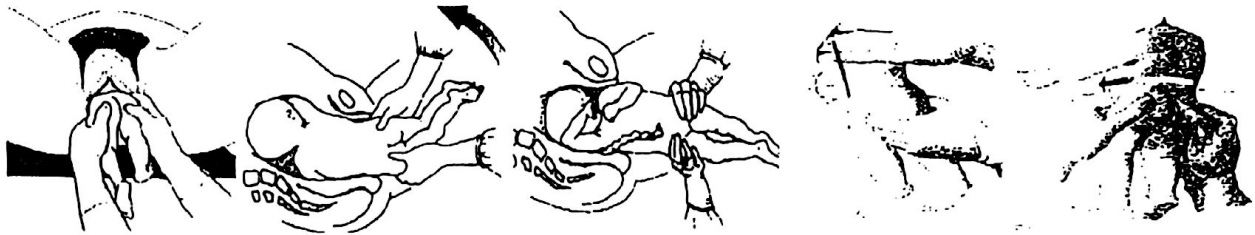
1) Grande prématurité. 2) Primigeste.

3) SFC (retard de croissance intra-utérin "RCIU" et Dépassement de terme "DT".)

4) Antécédents de stérilité. 5) Antécédents de dystocie.

6) Utérus cicatriciel.

- Surveillance de l'accouchement par voie basse, si elle est acceptée.
- Hospitalisation en milieu spécialisé, l'accouchement doit se faire en présence d'un obstétricien, anesthésiste réanimateur, pédiatre.
- Surveillance de la dilatation sous monitoring avec ERCF.
- En cas de stagnation de dilatation, avec ERCF normale
 - 1 Eliminer une dystocie mécanique (proportion foetopelvienne), puis
 - 2 Corriger l'hypocinésie par une perfusion de Synthocinon®. Le résultat positif doit se traduire par une progression de la dilatation en 2 hrs, sinon,
 - 3 Césarienne.
- Eviter la panne de contraction par Mise en place d'une perfusion de Synthocinon®, avant le dégagement.
- Rupture des membranes, préférablement à dilatation avancée du col.
- Episiotomie
- Césarienne, imposée devant toute anomalie du RCF, même en dépit de la progression du travail.
- Manoeuvres obstétricales dans l'accouchement par le siège
 - 1- La petite extraction du siège "PES": C'est le dégagement manuel des épaules et de la tête. Indiquée lorsque le dos a tendance à tourner en arrière, en cas de relèvement des bras ou en cas de panne de contractions utérines. C'est un abaissement des bras par la manoeuvre de Lovset. (DI)



2- L'extraction de la tête dernière: Par manoeuvre de Bracht



par manoeuvre de Mauriceau si blocage au niveau du DS



ou par manoeuvre de forceps sur tête dernière.

NB: Devant une SG, il faut prendre le siège (abstention de tout geste.) C'est la méthode de Vermelin. 2
mais à condition que la ♀ soit compléte

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) sur # Lovset et Mauriceau

VII- 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 1obstetricaux) et surtout foetales (relèvement des bras, rétention de la tête dernière), complications à cause de lesquelles on a plus souvent recours à la césarienne.

↑ 2 cpc majeurs de la PS

Le pronostic foetal est moins bon, avec une mortalité de 0 à 2% et une morbidité de 2 à 27% (lésions liées aux manoeuvres)

- Présentation transversale → Présentation de l'épingle
(C155) (travail)

- SI se forme généralement chez la primigeste
ou cas ob P. transversale ou G. multiples de si ne se forme pas.
au 1^{er} G. si ne se forme pas et si est mal formé