

LA PRESENTATION DU SIEGE

COURS PRESENTE PAR DR ABES
MAITRE-ASSISTANTE EN GYNECO-OBSTETRIQUE
EHS SMK

I- DEFINITION :

C'est la présentation de l'extrémité pelvienne du foetus.

II- FREQUENCE :

Aux alentours de 3,87%,

III- LES MODALITES DE PRESENTATION :

le siege est dit complet lorsque les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen.

Le siège est dit décompleté mode des fesses lorsque les membres inférieurs sont étendus devant le tronc, jambes en extension totales. il s'agit de la variété la plus fréquente.

IV- VARIETES DE POSITION :

Le sacrum étant pris comme repère, on distingue, par ordre de fréquence, les :

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

V- LES ETIOLOGIES :

- La multiparité
- Les anomalies utérines(malformations utérines utérus unicorne, cloisonné, hypoplasie utérine, myome utérin)
- L'hydramnios
- La grossesse gemellaire
- Une tumeur praevia
- Les malformations foetales surtout l'hydrocéphalie

VI- ETUDE CLINIQUE :

A. PENDANT LA GROSSESSE :

A.1. L'INTERROGATOIRE :

Recherche un antécédent de présentation de siège, une douleur ou gêne sous costale

A.2. L'INSPECTION :

L'utérus est développé longitudinalement

A.3. LA PALPATION :

Au-dessus du détroit supérieur, le siège, lorsqu'il est complet, est reconnu par sa volumineuse masse irrégulière et ferme sans être dure.

Lorsque le siège est décomplété, il est moins accessible, moins volumineux, plus rond

Au fond de l'utérus, on reconnaît la tête plus petite, arrondie et dure ; elle est séparée du dos par le sillon du cou.

A.4. L'AUSCULTATION :

Le foyer des bruits cardiaques du fœtus est en dehors de l'ombilic et un peu au dessus de lui.

A.5. LE TOUCHER VAGINAL :

Le siège complet est perçu généralement au-dessus du détroit supérieur, le segment inférieur est épais et mal formé.

Le siège décomplété est assez souvent engagé, le segment inférieur est bien formé.

B. PENDANT LE TRAVAIL :

Lorsque la dilatation est suffisante, on perçoit au toucher vaginal une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier au centre duquel se trouve l'anus.

A l'une des extrémités du sillon, on perçoit la saillie du coccyx et la pyramide sacrée dont la position détermine la variété de position, à l'extrémité opposée on perçoit les organes génitaux.

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

Dans le siège décomplété, la masse est plus nette est souvent engagée.

VII- ETUDE DE L'ACCOUCHEMENT :

A. PHENOMENES MECANIQUES :

1. ACCOUCHEMENT DU SIEGE :

- **ENGAGEMENT** : le diamètre bitrochantérien s'oriente selon un diamètre oblique du détroit supérieur, il est suffisamment petit pour ne pas avoir besoin de s'amoinrir. L'engagement est toujours facile et précoce pour le siège décomplété.
- **DESCENTE ET ROTATION** : la rotation amène diamètre bitochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, le sacrum se trouve sur le diamètre transverse du bassin, la rotation se fait en spirale en meme temps que la descente ou seulement après elle sur le périnée.
- **DEGAGEMENT** : la hanche antérieure se dégage la première et se cale sous la symphyse pubienne puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro- coccygienne puis toute la longueur du périnée postérieur et enfin la commissure vulvaire.

2. ACCOUCHEMENT DES EPAULES :

- ✓ **ENGAGEMENT** : le diamètre bi-acromial s'orient dans un diamètre oblique du détroit supérieur.
- ✓ **DESCENTE ET ROTATION** : elles sont simultanées ou successives. La rotation amène le diamètre bi-acromiale vers le diamètre transversal du détroit inférieur.
- ✓ **DEGAGEMENT** : les épaules se dégagent en transverse successivement les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve, le dos cependant est orienté en avant.

3. ACCOUCHEMENT DE LA TETE DERNIERE :

- **ENGAGEMENT** : il s'exécute en meme temps que la descente et le dégagement des épaules ; la tête s'oriente sur un diamètre oblique du bassin, occiput en avant ; elle s'engage fléchie.
- **DESCENTE ET ROTATION** : l'occiput tourne ; il doit tourner en avant pour arriver médian au détroit inférieur.
- **DEGAGEMENT** : le sous-occiput prend appui sous la symphyse pubienne. La tête se fléchit progressivement ; la face, le front, le crane se dégagent successivement de la commissure postérieure.

B. PHENOMENES PLASTIQUES :

La bosse séro-sanguine siège sur les talons, les fesses, les organes génitaux.

La tête dernière est habituellement peu déformée.

C. PHENOMENES PHYSIOLOGIQUES :

Il est fréquent d'avoir des anomalies de la dynamique utérines surtout en cas d'hypoplasie de l'utérus, les anomalies de la dilatation du col y sont souvent associées, la rupture des membranes est souvent précoce.

VIII. PRONOSTIC :

- LE PRONOSTIC MATERNEL :risque de déchirures périnéales
- LE PRONOSTIC FOETALE : la mortalité foetale est augmentée en cas de présentation de siège
- Les éléments du pronostic sont :la primiparité, la macrosomie (poids>4000g) ou l'hypotrophie foetale(<1500g)

IX. LA CONDUITE A TENIR :

A. PENDANT LA GROSSESSE :

La version par manoeuvre externe qui n'est plus recommandée actuellement

B. PENDANT LE TRAVAIL :

A dilatation complète, la présentation arrive sur le périnée, commence la phase d'expulsion, celle-ci peut se faire de différentes façons :

- L'abstention presque complète :intervention si rotation du dos vers l'arrière.
- La manoeuvre de BRACHT
- Les principales dystocies d'expulsion sont : le relèvement des bras, la retention de la tete dernière dans l'excavation nécessitant la manoeuvre de MAURICEAU, ou au détroit supérieur complication la plus grave pour la mère et le foetus pouvant nécessiter parfois la cranioclasie.