

# **PRESENTATION DE SIEGE**

- Pr sallahi.a
- Dr benzitoune.z

**I) DEFINITION:** La présentation de siège est une présentation Longitudinale ou l'extrémité pelvienne du Fœtus se présente la première et prend Contacte avec le DS

## **II) MODALITES ET VARIETES DE POSITION:**

- **SIEGE COMPLET** : ou le fœtus assis en tailleur au dessus de DS (1/3 DES CAS)
- **SIEGE DECOMPLETE** : ou les membres inferieurs relever en attelle (mode des fesse : 2/3 DES CAS)
- **LE SACRUM** : est le repère de cette présentation
  - SIGA
  - SIGP
  - SIDA
  - SIDP

## **III) FREQUENCE**

- 3-4 %
- Observer surtout dans les grossesses multiples les accouchements prématurés

## **IV) ETIOLOGIES**

CAUSES UTERINE		Causes ovulaires	Causes pelvienne S	Causes foetales
CONGENITALE	AQUISE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪hydramnios</li> <li>▪brievete du cordon</li> <li>▪Placenta praevia</li> <li>▪grossesse gemellaire et multiple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪tumeur pelvienne</li> <li>▪bassin retreci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Prematurite</li> <li>▪hydrocephalie</li> <li>▪Anencephalie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HYPOPLASIE UTERINE</li> <li>▪MALFORMATION UTERINE ( cloisonne . Unicorn. Didelphe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪Multiparite</li> <li>▪fibrome du fond uterin</li> </ul>			

## V) ETUDE CLINIQUE

### A) PENDANT GROSSESSE

➤ **Inspection:** utérus développé dans le sens longitudinale à grande axe vertical

➤ **Palpation:**

✓ **au dessus de DS:** on perçoit le siégé s'il est complet sous forme d'une masse volumineuse irrégulière ferme sans être dure et plus rond et plus régulier s'il est décomplété

✓ **au niveau du fond utérin:** on perçoit la tête sous forme d'une masse régulière dure arrondie séparé du dos par un sillon du cou

➤ **Auscultation:** On perçoit les BCF à cote du dos au dessus de l'ombilic

➤ **TV:** il est peu précis

✓ excavation vide

✓ segment inferieur est épais

✓ le col est ferme

### B).PENDANT LE TRAVAIL

❖ Quand la dilatation est suffisante les doigts perçoivent une masse molle séparée en deux par le sillon inter fessier au centre du quel se trouve l'anus

❖ A l'une des extrémités on perçoit les pyramides sacrées reconnaissable par ses saillies osseuses

❖ dans le siégé complet on perçoit l'un ou les deux pieds

## VI) MECANISME D'ACCOUCHEMENT

### 1) Accouchement Du Siégé

• Engagement: c'est le diamètre bi trochantérien qui s'oriente selon un diamètre oblique, il est facile dans le siégé décomplété et plus difficile dans le siégé complet

• Descente et rotation: la descente amène le diamètre bi trochantérien dans le diamètre antero-post du détroit inf.

• Le dégagement : la hanche antérieure se dégage la première se cale sur la symphyse pubienne puis la hanche post se dégage en parcourant la concavité sacro coccygienne puis le périnée post jusqu'à franchir la commissure vulvaire

### 2) Accouchement Des Epaules

• Engagement: le diamètre biachromial s'oriente selon un diamètre oblique du bassin

• Descente et rotation : amène le diamètre biachromial selon dans le diamètre transverse du détroit inferieur

• Dégagement : des bras et des épaules se fait successivement à l'une et l'autre extrémité du diamètre transverse avec le dos étant oriente en avant

### 3) Accouchement de la tete derniere

- Engagement: tête bien fléchie selon un diamètre oblique du bassin
- descente et rotation: l'occiput doit tourner en avant elle s'engage fléchie
- dégagement: l'occiput prend appui sur la symphyse pubienne puis le dégagement se fait on voit apparaitre : face , Front , puis crane

### VI) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- présentation de la face
- présentation du front

### VII) ANOMALIE DE L'ACCOUCHEMENT

- RPM
- Dystocie dynamique
- Procidence du cordon
- Le relèvement des bras ( lors de l'engagement des bras)
- La rotation du dos en avant est une complication très grave va entraine la rétention de la tête dernière

### VIII) PRONOSTIC

- Maternel: rarement mise en jeu ( domine par les déchirures périnéales)
- FOETAL:
  - mortalité:0,3-3%
  - morbidité:2-17% marquée par les lésions du fémur ,l'humerus,paralysie du plexus brachial ,hémorragie méningée cause souvent par les manoeuvres obstétricales

#### • ELEMENTS PRONOSTIC

- AGE DE LA FEMME
- POID DU FŒTUS ET LE BASSIN DE LA FEMME
- ATCD DE STERILITE
- UTERUS CICATRICIEL
- DECHIRURE COMPLIQUEE DU PERINE
- OBSTACLE PRAEVIA
- GROSSESSE PATHOLOGIQUE (HTA,DIABETE)
- BIP sup à 96 mm

## **IX) CONDUITE A TENIR**

### **1. PANDANT LA GROSSESSE**

- pratiquer la version par manœuvre externe vers le 36<sup>ème</sup> semaine sous utero relaxant elle présente des risques de rupture utérine, décollement placentaire, rupture des membranes
- la césarienne est systématique : devant:
  - une pathologie surajoute à la grossesse
  - ATCD de stérilité ou accouchement dystocique
  - bassin rétréci
  - primipare âgée
  - excès de volume fœtal
  - prématurité, SFC
  - tête défléchie
  - RPM sup a 10 h
  - utérus malformé ou cicatriciel
  - périnée cicatriciel
  - obstacle prævia

### **2. PANDANT LE TRAVAIL**

- respecter la poche des eaux jusqu'à la dilation complète
- l'accouchement doit se faire dans milieu hospitalier en présence d'obstétricien et réanimateur
- en cas de panne de contraction à la phase d'expulsion Une perfusion d'ocytocine est mise en place
- l'épisiotomie est systématique
- au moment de dégagement du siège : abstention complète sauf s'il ya une tendance à une rotation du dos en arrière
- en cas de dystocie il faut faire les manœuvres suivantes
  - MANŒUVRE DE LOVSET :en cas du relèvement des bras (faire descendre les bras )
  - MANŒUVRE DE BRACHT: en cas de rétention de la tête dernière
  - MANŒUVRE DE MAURICEAU: en cas de rétention de la tête dernière

## **X) CONCLUSION**

La présentation du siège reste eutocique quand les éléments de pronostic ont été évalués avec exactitude et quand un accoucheur expérimenté est sur place , cela permet de faire naître des enfants en bon état , le recours a la césarienne en cas de doute est préférable aux manœuvres traumatisantes