

## PRESENTATION DE SIÈGE

### I. Définition :

La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur. C'est la présentation la plus fréquente après la présentation du sommet.

### II. Modalités de présentation :

#### ***Siège complet***

- « en tailleur », les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen
- plus fréquente chez la multipare

#### ***Siège décomplété***

- les membres inférieurs en extensions sont relevés en attelles, les pieds arrivants au niveau de la tête fœtale
- Plus fréquent chez les primipares

#### ***Repère***

Le sacrum constitue le repère de la présentation.

### III. Facteurs de risque ( étiologies ) :

#### **1. Causes utérines**

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

#### **2. 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.

### 3. Causes fœtales

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

- Hyper extension de la tête

### IV. Diagnostic

#### 1. 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.

#### 2. 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.

### V. Etude de l'accouchement

LES 6 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

**VI. La conduite pratique**

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 contre-indiquée 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***

La Césarienne est indiquée en cas d'anomalies suivantes :

- Bassin limite ou chirurgical
- Utérus cicatriciel par césarienne ou cicatrice gynécologique
- Malformation utérine
- Tête fœtale défléchie
- Macrosomie (P > 3800g ou diamètre BIP > 100mm)
- GG
- RPM.
- Obstacle prævia

### **C. Autoriser l'accouchement par VB**

#### 1. Expulsion fœtale :

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.

#### 2. Manœuvres obstétricales

Vermelin : accouchement de siège sans complication

la rétention de la tête dernière:

dans l'excavation : méthode Bracht

au-dessus du DS : méthode Mauriceau

le relèvement des bras : méthode de LOVSET