



Présentation de siège

Dr L.BOUHMAMA

Définition

- o La présentation de siège est une présentation Longitudinale où l'extrémité pelvienne du Fœtus se présente la première et prend Contacte avec le DS
- o Présentation théoriquement eutocique
- o LE SACRUM : est le repère de cette présentation

Modalités et variétés

- SIEGE COMPLET : ou le fœtus assis en tailleur au dessus de DS (1/3 DES CAS)
- SIEGE DECOMPLETE : ou les membres inférieurs relever en attelle (mode des fesse 2/3 des CAS)

Variétés

Siège complet : fœtus en tailleur

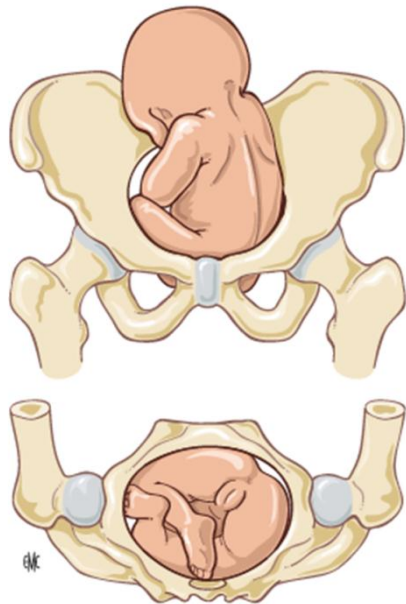


Figure 1. Présentation du siège complet (sacro-iliaque gauche antérieure [SIGA]).

Siège décomplété : mode des fesses

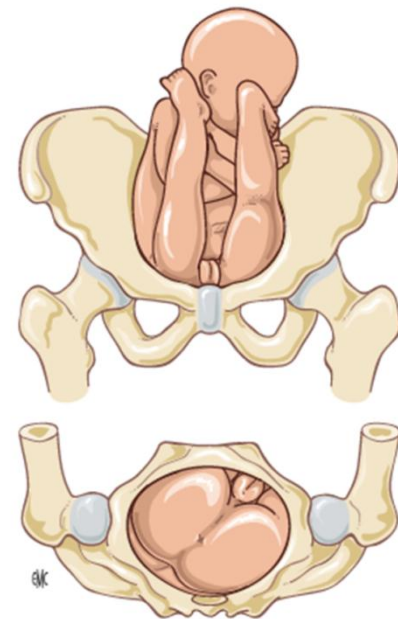


Figure 2. Présentation du siège décomplété (sacro-iliaque droite postérieure [SIDP]).

Exceptionnellement



Modalités variétés

- o - SIGA
- o - SIGP
- o - SIDA
- o - SIDP

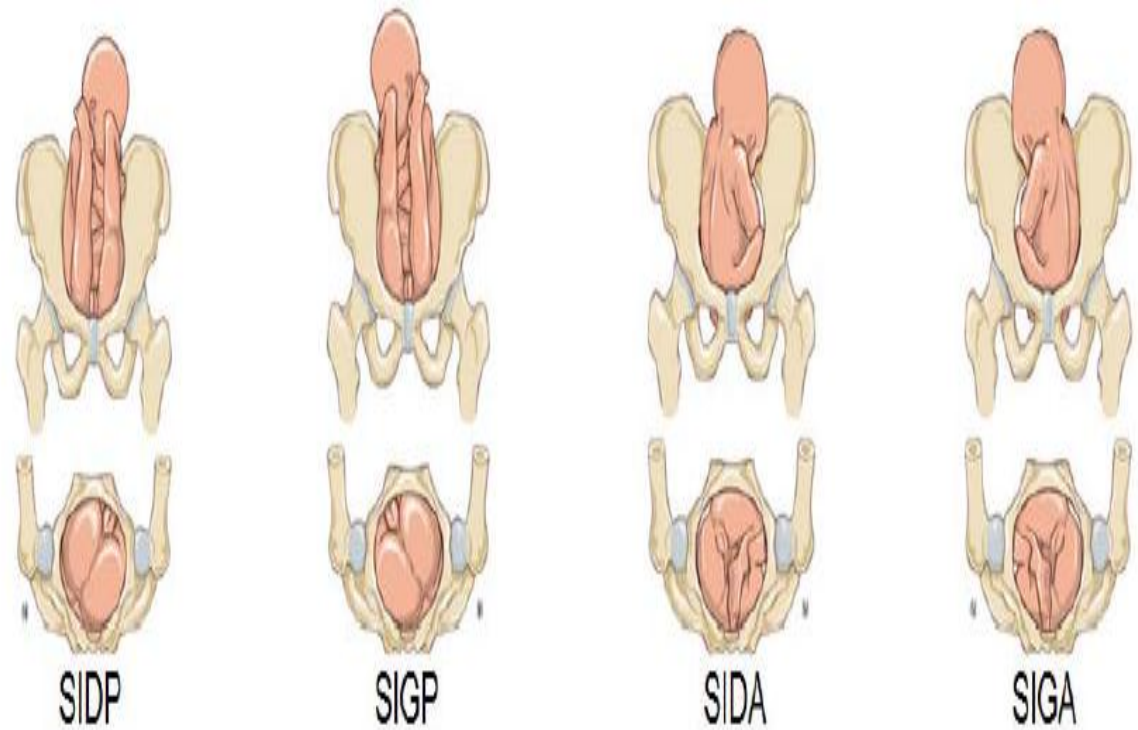
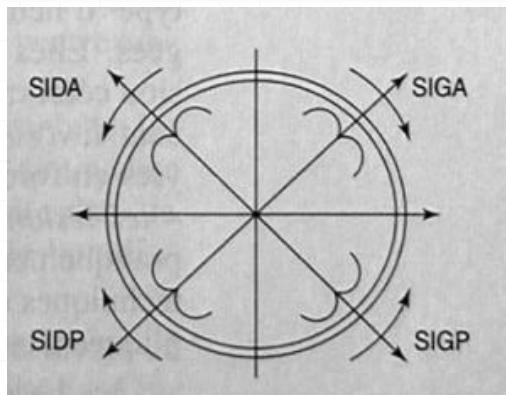


Figure 2 : Les différentes positions du fœtus par rapport au bassin maternel [1]

Fréquence

o 3-4 %

o Observer surtout dans les grossesses multiples les accouchements prématurés

Pourquoi le siège ?

- Normalement le fœtus effectue une culbute spontanée au 7ème mois en rapport avec la loi d'adaptation de Pajot
- (adaptation du contenu au contenant) et à la modification de forme de l'utérus gravide avec la formation du segment inférieur.

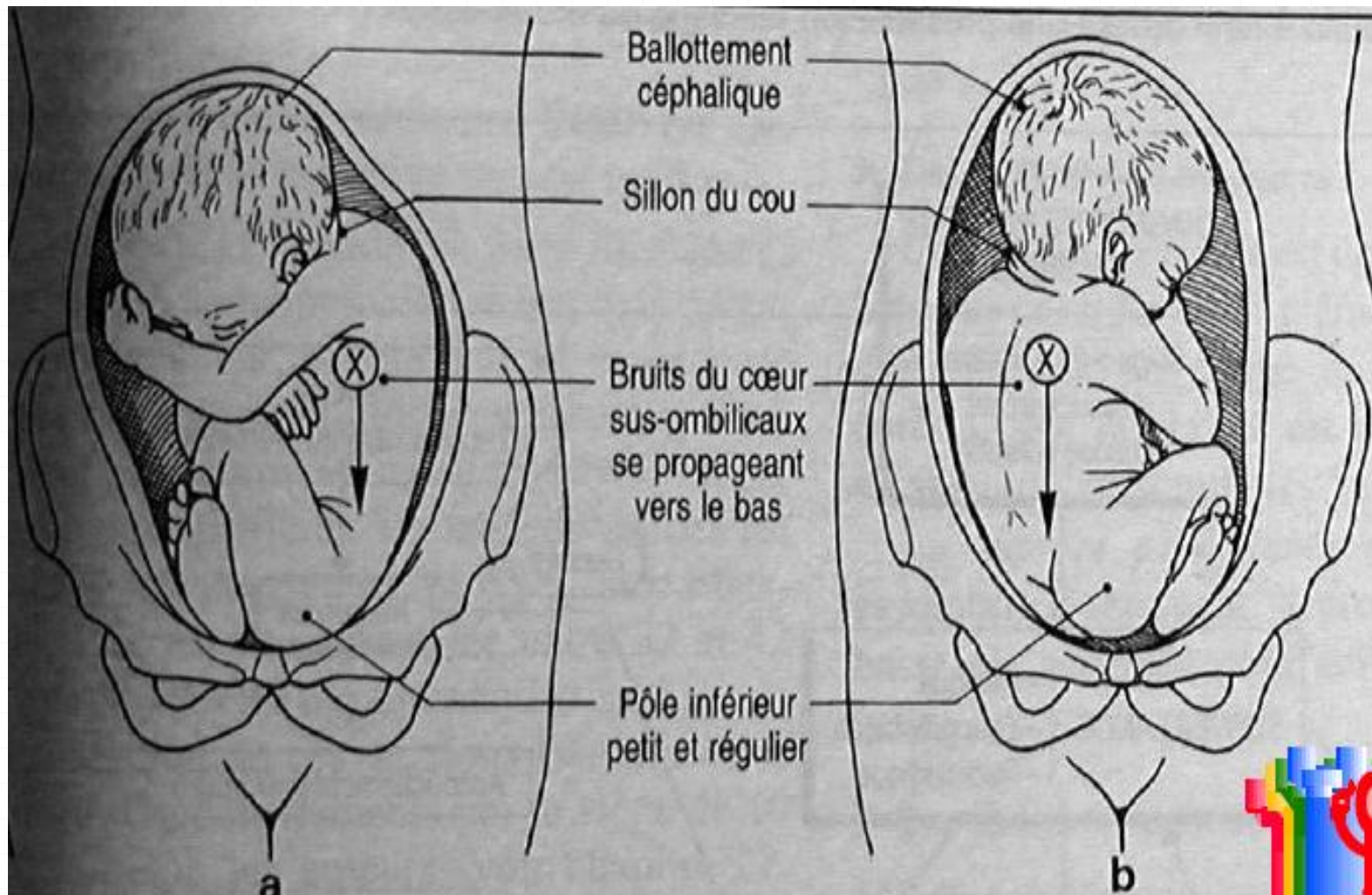
Les étiologies

La prématurité	Maternelles	ovulaires
40% des sièges sont prématurés	<ul style="list-style-type: none">-Parité.-Malformations utérines.-fibromes.-kystes ovariens.-anomalies du bassin.	<ul style="list-style-type: none">-anomalies de l'insertion placentaire.-hydramnios.-oligo-amnios.-Jumeaux.-Malformations : hydrocéphalie, anencéphalie.

Étude clinique

Pendant la grossesse

- **Inspection:** utérus développé dans le sens longitudinale à grande axe vertical
- **Palpation:**
 - ✓ au dessus de DS: on perçoit le siège 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: la tête sous forme d'une masse régulière dure arrondie séparé du dos par un sillon du cou
- **Auscultation:** les BCF à coté du dos au dessus de l'ombilic



Pendant la grossesse

- TV: il est peu précis
- excavation vide
- segment inferieur est épais
- le col est ferme

Pendant le travail

- Quand la dilatation est suffisante les doigts perçoivent une masse molle séparée en deux par le sillon interfessier 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 siège complet on perçoit l'un ou les deux pieds

La diagnostic différentiel

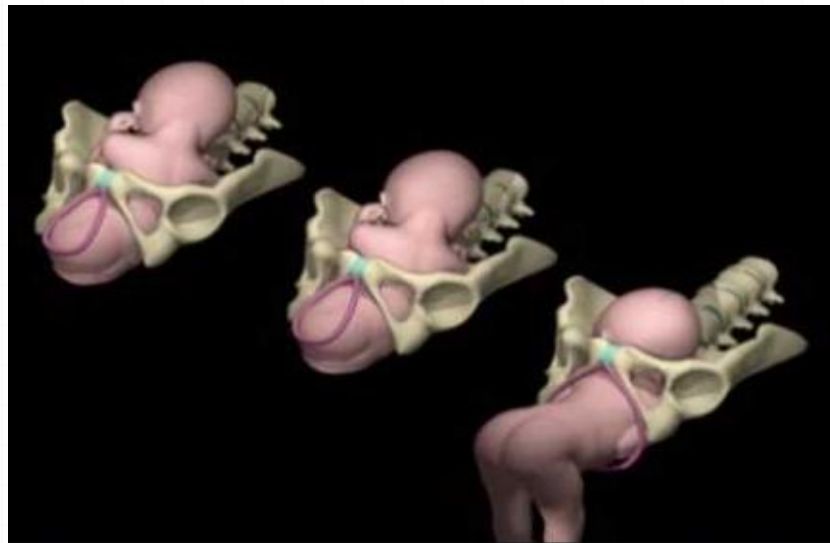
- o présentation de la face
- o présentation du front
- o Anencéphale

- o Si doute échographie

Mécanisme de l'accouchement

○ On distingue 03 étapes :

- accouchement du siège
- Accouchement des épaules
- Accouchement de la tête dernière



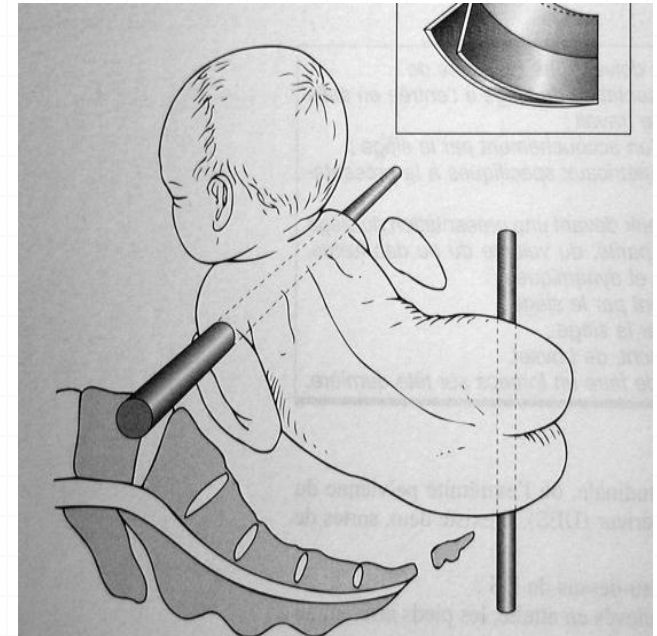
Mécanisme de l'accouchement

- Chacun de ces trois « accouchements » respecte les contraintes mécaniques de tout accouchement:
 - Engagement dans un diamètre oblique du D.S
 - Descente associée à une rotation
 - Dégagement dans un diamètre antéro-postérieur dans la fente des releveurs

Mécanisme de l'accouchement

o Ces trois « accouchements » se télescopent:

- Le dégagement du siège est contemporain de l'engagement des épaules
- le dégagement des épaules est contemporain de l'engagement de la tête dernière



Particularité

- Il faut noter que les diamètres à accoucher sont progressivement **croissants** :
- bi trochantérien (9 cm) puis bi acromial (12 cm réductible par tassement à 9,5 cm) et enfin bipariétal (9,5 cm).

Accouchement du siège

o Engagement:

- le Ø bi trochantérien s'oriente selon un diamètre oblique
- il est facile dans le siège décomplété et plus difficile dans le siège complet

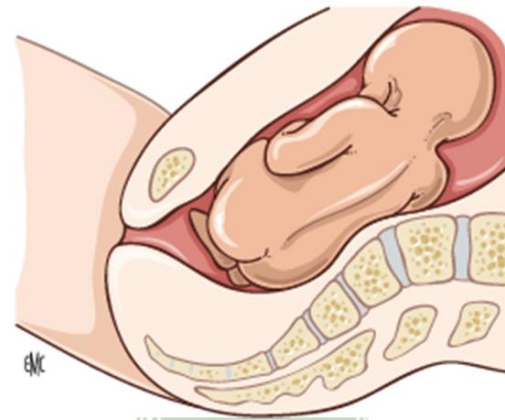


Figure 3. Accouchement en présentation du siège (engagement du siège).

Accouchement du siège

o Descente et rotation:

la descente amène le Ø bi trochantérien dans le diamètre antéro-post du détroit inf.

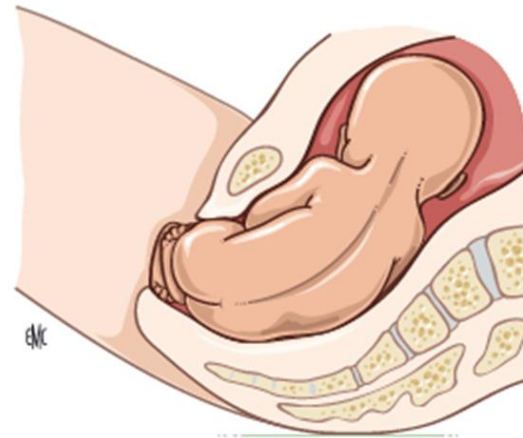


Figure 4. Accouchement en présentation du siège (descente du siège).

Accouchement du siège

o Le dégagement :

la hanche antérieure se dégage la première se cale sur la SP puis la hanche post se dégage en parcourant la concavité sacro coccygienne puis le périnée post jusqu'à franchir la commissure vulvaire

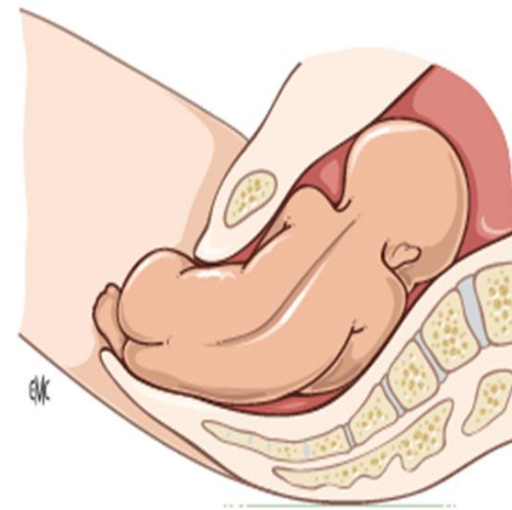


Figure 5. Accouchement en présentation du siège (dégagement du siège).

Accouchement des épaules

o Engagement:

le Ø bi acromial s'oriente dans un diamètre oblique soit le même que le bi trochantérien ou opposé.

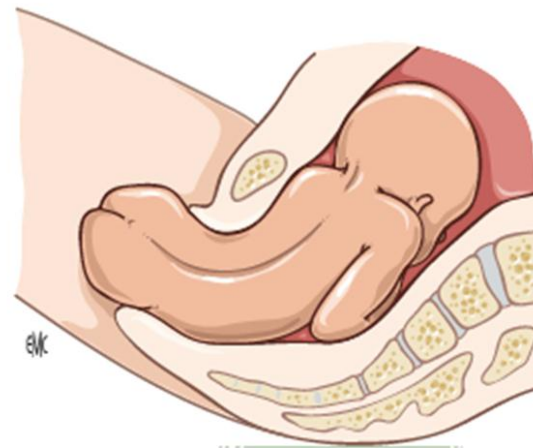


Figure 6. Accouchement en présentation du siège (engagement des épaules).

Accouchement des épaules

○ Descente et rotation :

amène le diamètre bi achromial selon un diamètre transverse du détroit inférieur

Accouchement des épaules

- Dégagement des bras et des épaules se fait successivement à l'une et l'autre extrémité du \emptyset transverse avec le dos étant orienté en avant



Figure 8. Accouchement en présentation du siège (dégagement de la tête).

Accouchement de la tête dernière

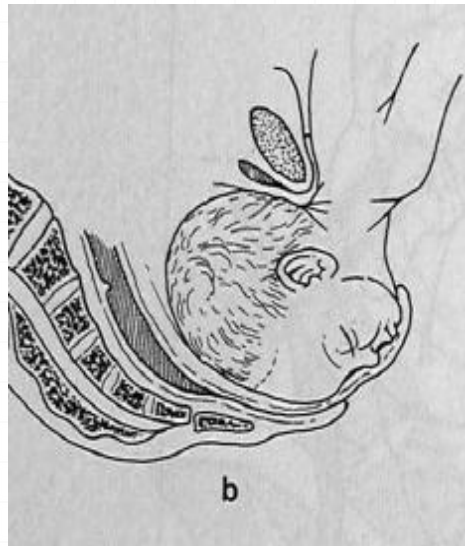
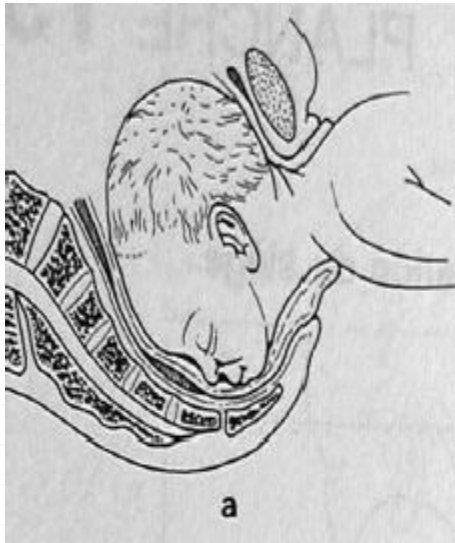
o Engagement

- L'orientation de la tête s'effectue dans le diamètre oblique opposé à celui des épaules, occiput en avant.
- L'engagement se fait en flexion, d'ailleurs en même temps que la descente et le dégagement des épaules.

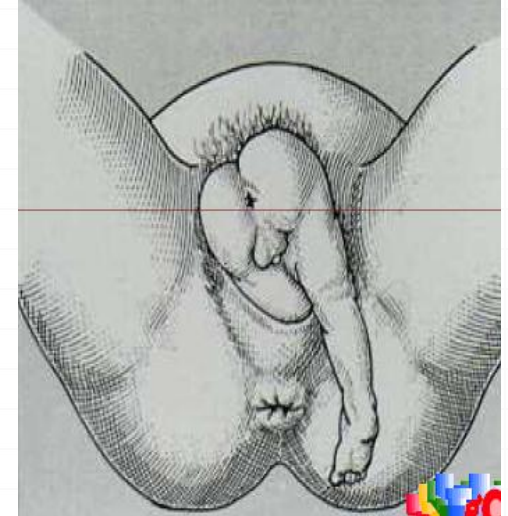
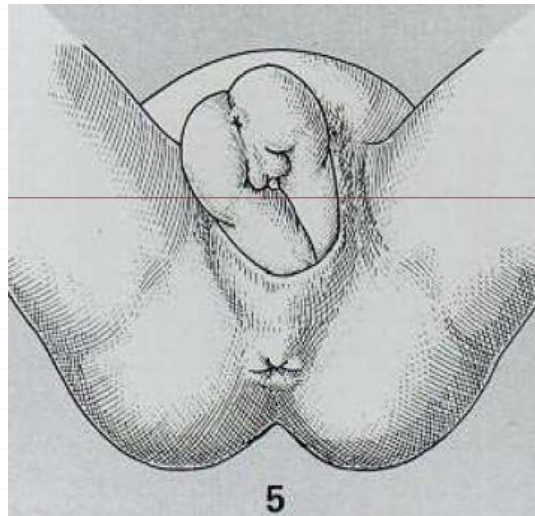
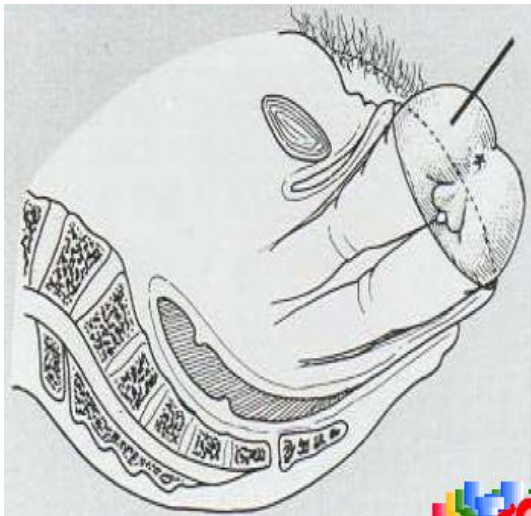
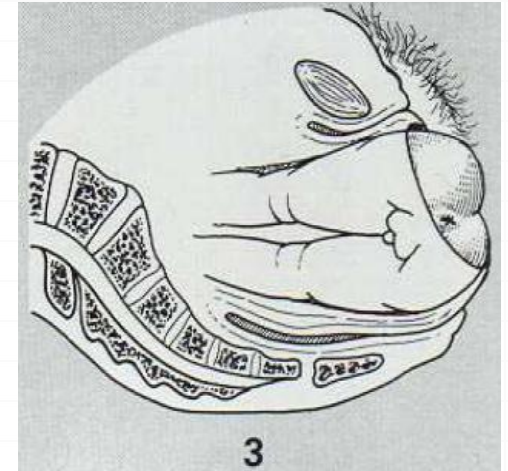
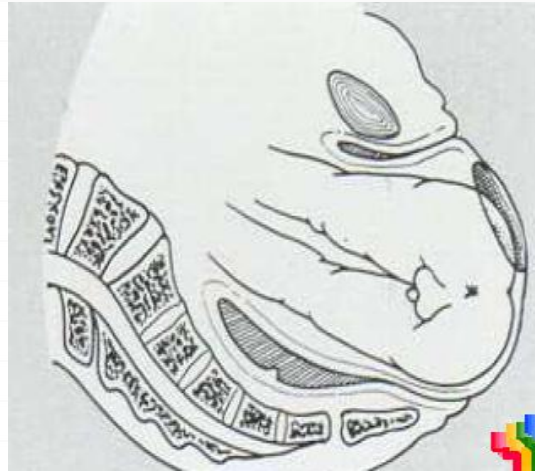
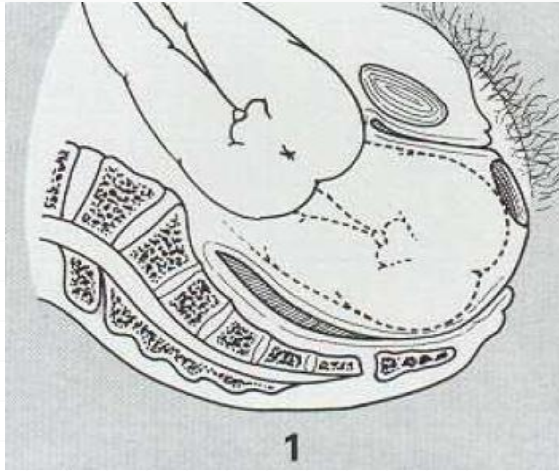
Accouchement de la tête dernière

- Descente et rotation
- La rotation de l'occiput en avant (OP) est indispensable pour franchir le détroit inférieur.
- Dégagement
- Le sous-occiput se fixe sous la symphyse et la tête se fléchit progressivement .
- La face, le front, le crâne se dégagent successivement de la commissure postérieure.

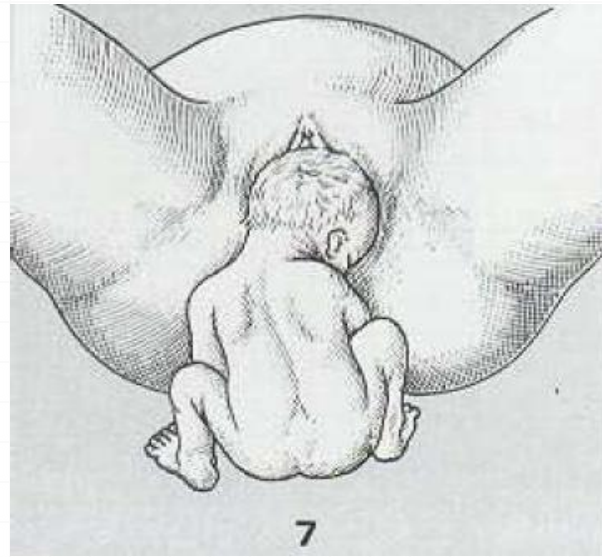
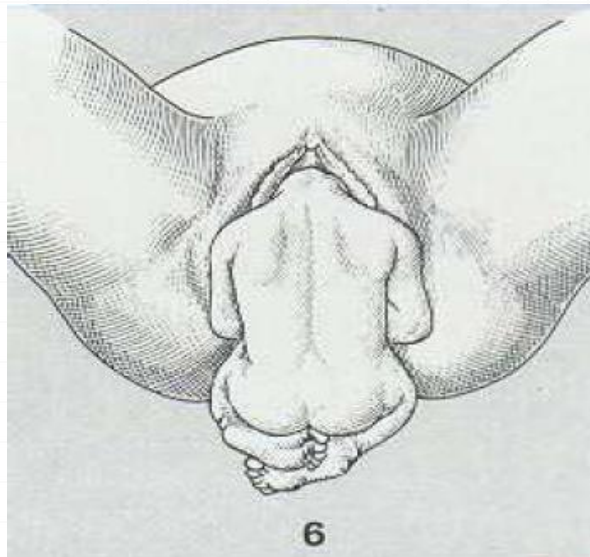
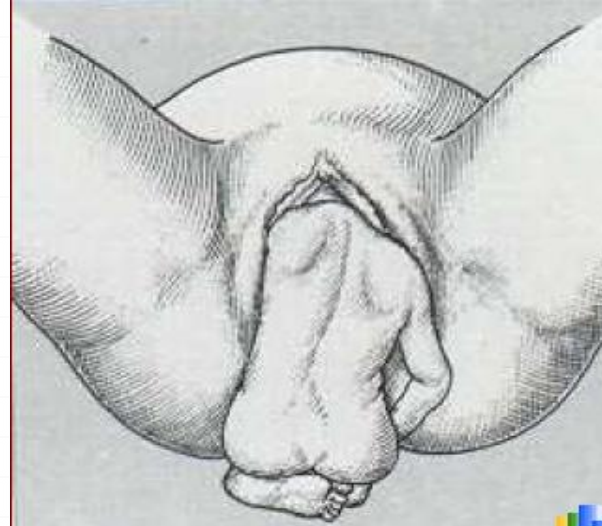
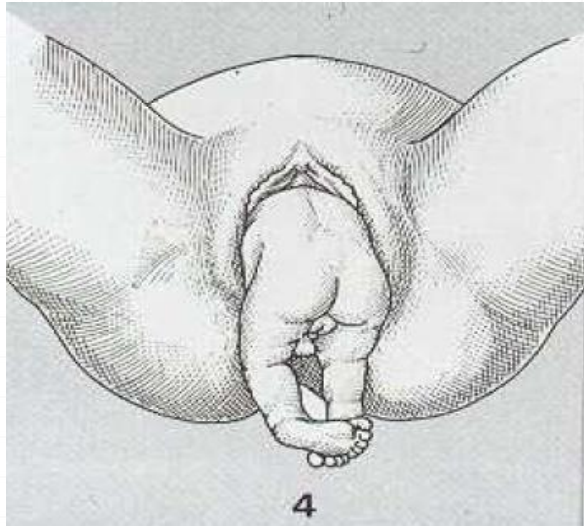
Dégagement de la tête



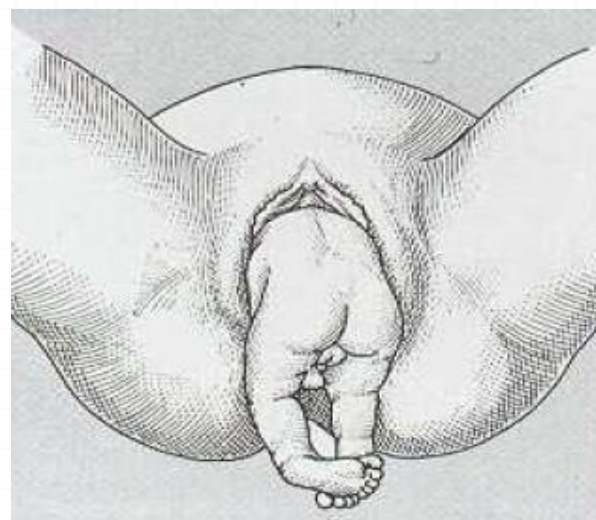
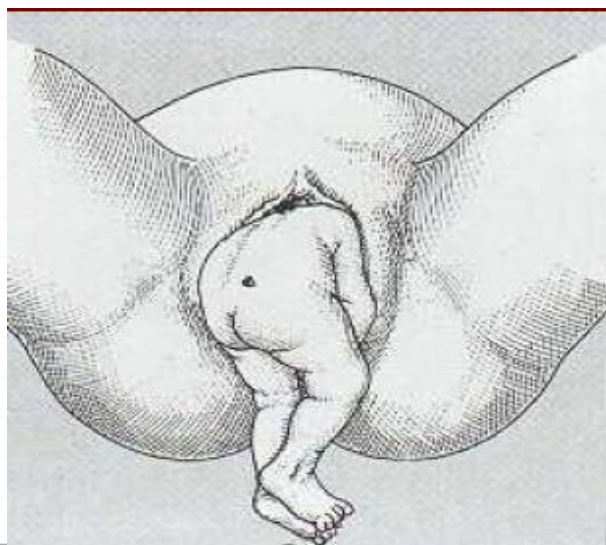
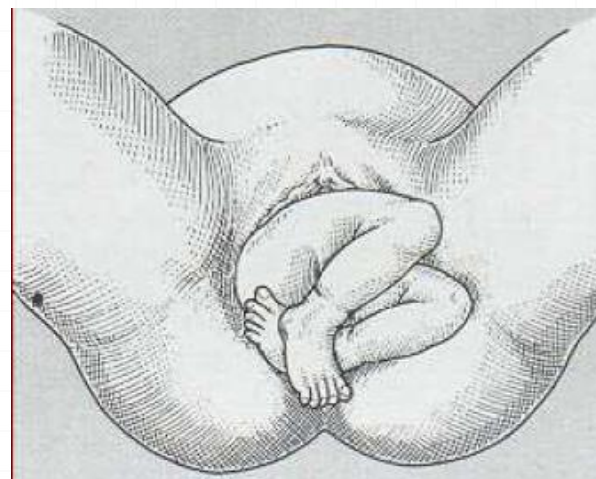
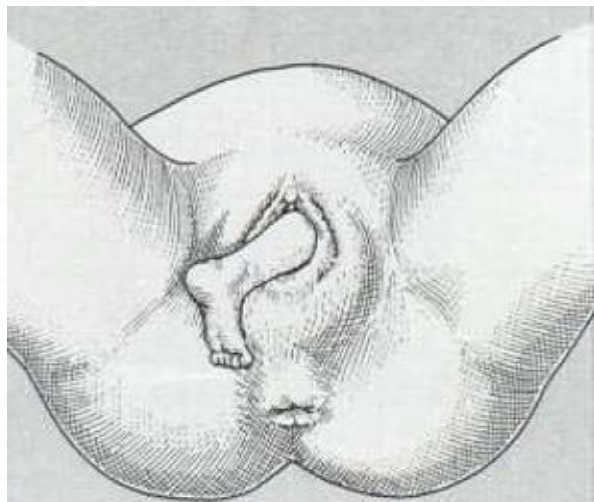
Accouchement siège décomplété



Accouchement siège décomplété



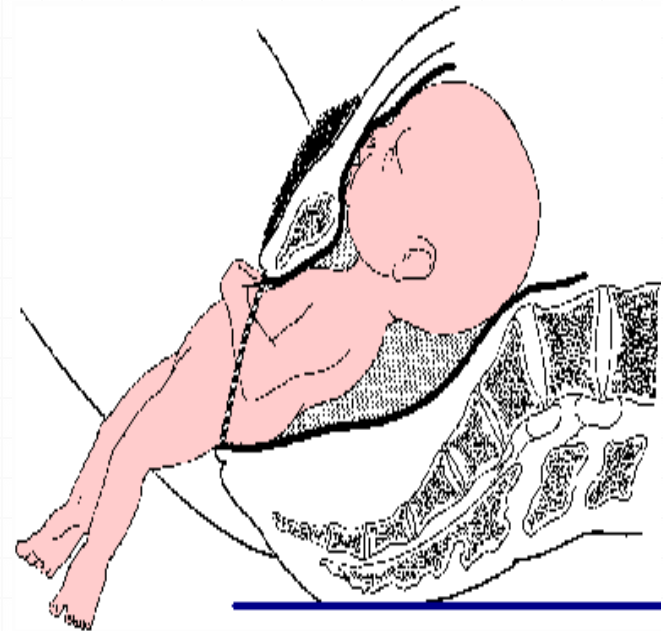
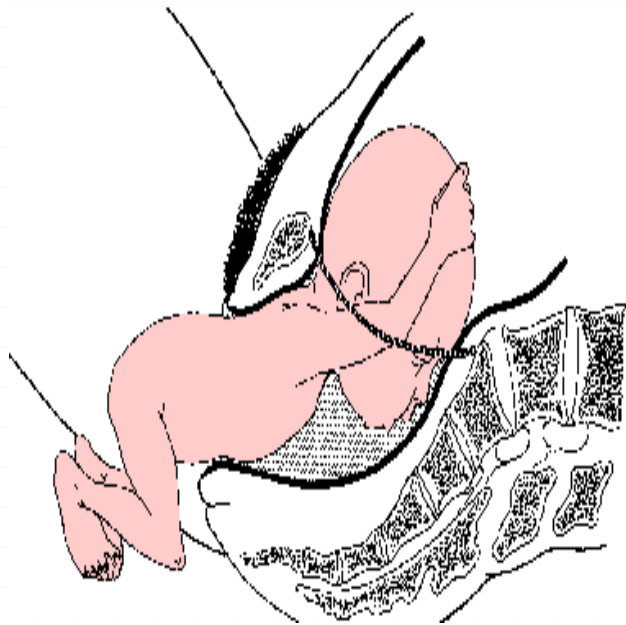
Accouchement siège complet



Anomalies d'accouchement

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

Les anomalies de l'accouchement



Les phénomènes plastiques

- ◊ B.S.S. siège sur le talon, les fesses ou O.G.E.
- ◊ Aplasie angle maxillaire inférieur.
- ◊ L.C.H.
- ◊ Dolichocéphalie

Pronostic

- o Maternel: rarement mise en jeu (domine par les déchirures périnéales)

Pronostic

o FOETAL:

- mortalité:0,3-3%
- morbidité: 2-17% marque par
 - Prématurité
 - Taux malformations élevé
 - Anoxie par compression du cordon
 - Traumatisme obstétrical :
 - Lésions du fémur, fractures membre supérieur
 - Hémorragie cérébrale
 - Lésion bulbaire et médullaire si traction
 - Lésion plexus brachial

Éléments pronostic

- o Age de la patiente
- o Poids du fœtus : gros enfant > 3800 g ou BIP > 96 mm
- o Bassin anormal
- o Prématuré <1500 g
- o Anomalie de l 'utérus :malformation , cicatrice
- o Déflexion de la tête
- o antécédents de stérilité
- o Utérus cicatriciel
- o Déchirure compliquée du périnée
- o Grossesse pathologique (HTA , Diabète)

Radio du contenu utérin



La conduite à tenir

Pendant la grossesse

- o pratiquer la version par manœuvre externe vers le 36^{ème} semaine sous utero relaxant
- o une intervention où on fait passer le fœtus, à l'intérieur de l'utérus, d'une P du siège à une P céphalique par des manipulations de l'abdomen maternel.



Pendant la grossesse

o Le taux de réussite se situe entre 40 et 50 %

o **Les risques de la VME**

- Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale. la plus fréquente est une bradycardie fœtale transitoire (de 1,1 à 47 %).
- la bradycardie fœtale nécessitant une césarienne urgente est rare
- Hémorragie fœto-maternelle ou allo-immunisation(si la femme est de groupe Rh négatif);
- Rupture des membranes et Travail prématuré
- Décollement placentaire (de 0,4 à 1 %) exceptionnellement rupture utérine

Pendant la grossesse

o la césarienne est systématique devant:

-Refus de la patiente

- une pathologie surajoutée à la grossesse
- ATCD de stérilité ou accouchement dystocique
- bassin rétréci
- primipare âgée
- excès de volume fœtal
- prématurité, SFC
- tête défléchie
- RPM sup à 10 h
- utérus malformé ou cicatriciel
- périnée cicatriciel
- obstacle prævia

Indications de la césarienne prophylactique dans la présentation du siège.

	Indications maternelles	Indications ovulaires	Indications fœtales
Absolues	Anomalies du bassin Tumeur praevia Lésions périnéales Pathologies maternelles contre-indiquant les efforts expulsifs	Placenta recouvrant	Déflexion primitive de la tête Gros enfant > 4 000 g
Relatives	Malformation utérine Utérus cicatriciel Cardiopathies, insuffisance respiratoire limitant les efforts expulsifs	Placenta inséré bas Hydramnios	Retard de croissance intra-utérin Bipariétal > 100 J1 en siège (jumeaux) Siège complet (?) Prématuré < 1 500 g
Discutables	Pathologie de la grossesse (HTA et diabète) Primipare âgée Obésité > 90 kg Grossesse dite « précieuse »	Rupture prématurée des membranes > 12 heures	Terme dépassé

Césarienne pour présentation de siège

- Mortalité et morbidité maternelle
 - X12 si césarienne en urgence
 - X 4 si césarienne programmée
- Risques fœtaux
 - Détresse respiratoire voire MMH
 - Risques ultérieurs :
 - Rupture utérine lors de l'accouchement suivant
 - Insertion accreta du placenta

Gestion du travail

- o respecter la poche des eaux jusqu'à la dilation complète
- o l'accouchement doit se faire dans milieu hospitalier en présence d'obstétricien et réanimateur
- o "**A bonne dilatation, bon siège**". Les critères d'évaluation de la dilatation sont les mêmes que pour les présentations céphaliques. d'au moins **1 cm/heure**.
- Une mauvaise dilatation assombrit le pronostic pour VB.

Gestion du travail

- o en cas de panne de contraction à la phase d'expulsion Une perfusion d'ocytocine est mise en place
- o La péridurale est souhaitable => permet un meilleur relâchement périnéal et favorise la réalisation des manœuvres le cas échéant.
- o Les efforts expulsifs sont réalisés uniquement pendant les contractions utérines=> les différentes parties fœtales risquent de se désolidariser.

Gestion du travail

- o l'épisiotomie (mais **non** systématique)
- o au moment de dégagement du siège : abstention complète sauf s'il y a une tendance à une rotation du dos en arrière

Gestion du travail

- L'expulsion qui ne doit pas excéder 30 mn doit être débutée à dilatation complète avec une présentation sur le périnée. Une perfusion d'ocytocique est systématique posée.

En résumé

- o la voie basse doit être acceptée si :
 - La pelvimétrie est normale
 - La tête n'est pas défléchie
 - Siège décomplété
 - Estimation de poids fœtal entre 2500g et 3800g
 - **Acceptation de la patiente**

En résumé

o Les indications de césarienne prophylactique

➤ **Indications maternelles**

o Pelvimétrie : PRP < 10 cm, TM < 12 cm, Bi épineux < 9.5 cm

o Souhait de la patiente

o Col non favorable à terme

o Utérus cicatriciel (à discuter au cas pas cas)

➤ **Indications fœtales**

o Accouchement prématuré 28-32 SA

o Macrosomie (poids > 3800g, BIP > 98 mm)

o RCIU sévère

o J1 en siège

o Siège complet chez la primipare

➤ **Indications ovulaires**

o Placenta prævia

o Rupture prématurée des membranes > 12H

Conclusion

- o Information et dialogue avec la femme

Conclusion

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