

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE
DAKAR**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2021

N° 123

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PRONOSTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT
EN PRESENTATION DE SIEGE AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE
PIKINE DAKAR, SENEGAL DURANT L'ANNEE 2019**

THESE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 12 Juin 2021

Par

M. Serigne Mbacké Bousso MBENGUE

201104J46

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT	:	M. Alassane	DIOUF	Professeur Titulaire
MEMBRES	:	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
		Mme Mame Diarra	NDIAYE	Professeur Assimilé
DIRECTEUR DE THESE	:	M. Abdoul Aziz	DIOUF	Professeur Assimilé
CO-DIRECTEUR	:	M. Khalifa Ababacar	GUEYE	Ancienne Interne des hôpitaux

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

DECANAT & DIRECTION

DOYEN

M. ABDOULAYE SAMB

PREMIER ASSESSEUR

M. BARA NDIAYE

DEUXIEME ASSESSEUR

M. MALICK FAYE

CHEF DES SERVICES ADMINSTRATIFS

M. HAMDIATOU LY

DAKAR, LE 27 AVRIL 2021

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 – 2021**

I. MEDECINE PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Mariame Guèye	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Cardio- vasculaire
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie – Obstétrique
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie Patho.
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Daouda	DIA	Gastro-Entérologie & Hépatologie
+*M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R.L
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
*M. Babacar	DIAO	Urologie
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie – traumatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie-Obstétrique
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie-Vénérologie
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saliou	DIOP	Hématologie – Clinique
Mme Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie – Obstétrique
Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie-Réanimation
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
Mme Awa Oumar Touré	FALL	Hématologie – Biologique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
M. Adama	FAYE	Santé Publique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
§M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. Serigne Maguèye	GUEYE	Urologie
M. El Hadji Fary	KA	Néphrologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale

M. Abdoul
 M. Oumar
 M. Abdoulaye
 Mme Fatimata
 M. Alassane
 Mme Ndèye Maïmouna Ndour
 *M. Mouhamadou
 M. Mamadou
 M. Jean Charles
 M. Philippe Marc
 M. Abdoulaye
 Mme Fatou Samba Diago
 M. Issa
 M. Mor
 M. Moustapha
 Mme Ndèye Fatou Coulibaly
 M. Ousmane
 M. Papa Amadou
 *M. Souhaïbou
 *M. Cheikh Tidiane
 M. Alain Khassim
 M. Jean Marc Ndiaga
 M. Oumar
 M. Gabriel
 *M. Abdou
 M. El Hadji
 M. Lamine
 Mme Suzanne Oumou
 M. Abdoulaye
 Mme Paule Aïda Ndoeye
 M. Abdoulaye
 M. André Daniel
 Mme Anna
 *M. Ibrahima
 M. Moussa
 *M. Masserigne
 M. Ahmad Iyane
 +*M. Papa Salif
 M. Mouhamadou Habib
 Mme Aïda
 M. Assane
 §M. Cheickna
 M. Abdourahmane
 M. Mamadou Habib
 M. Roger Clément Kouly
 Mme Nafissatou Oumar

KANE
 KANE
 LEYE
 LY
 MBAYE
 MBAYE
 MBENGUE
 MBODJ
 MOREAU
 MOREIRA
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDIAYE
 NDONGO
 NDOUR
 NDOYE
 NDOYE
 NDOYE
 NGOM
 NIANG
 NIANG
 NIANG
 NIANG
 POUYE
 ROTH
 SAMB
 SANE
 SARR
 SECK
 SEYDI
 SOUMARE
 SOW
 SOW
 SY
 SYLLA
 SYLLA
 SYLLA
 TALL
 THIAM
 TINE
 TOURE

Cardiologie
 Anesthésie – Réanimation
 Endocrinologie-Métabolisme & Nutrition
 Dermatologie-Vénérologie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Hépatologie / Gastro-entérologie
 Biophysique & Médecine Nucléaire
 Gynécologie – Obstétrique
 Gynécologie – Obstétrique
 Anatomie-Orthopédie-Traumatologie
 Hématologie Clinique
 O.R.L
 Médecine du Travail
 Neurologie
 Orthopédie-Traumatologie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Médecine Interne
 Maladies Infectieuses
 Urologie
 Anatomie& Organogenèse
 Biophysique& Médecine Nucléaire
 Chirurgie Pédiatrique
 Néphrologie
 Radiologie
 Urologie
 Dermatologie-Vénérologie
 Médecine Interne
 Ophtalmologie
 Physiologie
 Orthopédie-Traumatologie
 Médecine Interne
 Santé Publique & Médecine Préventive
 Maladies Infectieuses
 Maladies Infectieuses
 Bactériologie-Virologie
 Maladies Infectieuses
 Orthopédie-Traumatologie
 Psychiatrie d'Adultes
 Pédiatrie
 Urologie
 O.R.L
 Psychiatrie d'Adultes
 Parasitologie-Mycologie
 Pneumo-ptisiologie

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme Aïssata Ly	BA	Radiologie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie d'adultes
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme Mame Sanou Diouf	BA	O.R.L
M. Pape Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & Cardio-Vasculaire
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mme Marie Louise	BASSENE	Hépto-Gastro-entérologie
M. El Hadji Amadou Lamine	BATHILY	Biophysique Médicale & Nucléaire
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamadou	COUME	Gériatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O.R.L
M. Hamidou	DEME	Radiologie& Imagerie Médicale
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
M. Ngor Side	DIAGNE	Rééducation Fonctionnelle
M. Chérif Mouhamed Moustapha	DIAL	Anatomie Pathologique
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
Mme Mama Sy	DIALLO	Histologie-Embryologie
Mme Viviane Marie Pierre Cissé	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Boubacar Ahy	DIATTA	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne
Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
Mme Seynabou Fall	DIENG	Hématologie Clinique
M. Boundia	DJIBA	Médecine Interne
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie-Vénérologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique&Médecine Nucléaire
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Momar	DIOUM	Cardiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Lamine	FALL	Pédopsychiatrie
Mme Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
Mme Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie& Génétique Médicale
§Mme Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie
Mme Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
M. Magaye	GAYE	Anatomie-Chirurgie vasculaire
M. Pape Macoumba	GAYE	Radiothérapie

Mme Mame Diarra Ndiaye	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale
M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Baïdy Sy	KANE	Médecine Interne
Mme Yacine Dia	KANE	Pneumo-phtisiologie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie& Génétique Médicale
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ahmed Tall	LEMRAOTT	Néphrologie
Mme Fatou Aw	LEYE	Cardiologie
M. Mamadou Makhtar Mbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Ciré	NDIAYE	O.R.L
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique& Médecine Nucléaire
Mme Ndèye Dialé Ndiaye	NDONGO	Psychiatrie d'Adultes
Mme Maguette Mbaye	NDOUR	Neurochirurgie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
Mme Marie Diop	NDOYE	Anesthésie-Réanimation
Mme Ndèye Aby	NDOYE	Chirurgie Pédiatrique
M. Aliou Alassane	NGAÏDE	Cardiologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie& Génétique Médicale
*M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme Abibatou	SALL	Hématologie Biologique
Mme Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie
M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Moussa	SECK	Hématologie Clinique
Mme Sokhna	SECK	Psychiatrie d'adultes
Mme Marième Soda Diop	SENE	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUHAH	Médecine Légale
M. Aboubacry Sadikh	SOW	Ophtalmologie
Mme Adjaratou Dieynabou	SOW	Neurologie
M. Abou	SY	Psychiatrie d'adultes
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie-Mycologie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique
Mme Khady	THIAM	Pneumo-phtisiologie

M. Aliou
M. Mbaye
M. Alpha Oumar
M. Silly
M. Mamadou Mour
M. Cyrille

THIONGANE
THIOUB
TOURE
TOURE
TRAORE
ZE ONDO

Pédiatrie & Génétique Médicale
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
Anesthésie-Réanimation
Urologie

+ Disponibilité
* Associé
§ Détachement

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Léra Géraud Cécil Kévin
Mme Ndèye Marème Sougou
M. Nfally
M. Djibril
Mme Mariama Safiétou Ka
M. André Vauvert
M. Mohamed Tété Etienne
M. Jean Pierre
Mme Nafissatou
Mme Salamata Diallo
M. Abdoulaye Séga
M. Moussa
M. Mor
Mme Aïssatou Seck
M. Amadou
M. Momar Sokhna dit Sidy Khoya
M. Mayassine
M. Maouly
M. Mbaye
M. Atoumane
Mme. Maria
M. Omar
M. Ndiaga Matar
M. Mamadou Ngoné
M. Abdoul Aziz
Mme Ndèye Aïssatou
M. Yakham Mohamed
Mme Indou Dème
*M. Birame
Mme Aminata Diack
Mme Khardiata Diallo
M. Papa Alassane
Mme Awa Cheikh Ndao
M. Magatte
§M. Khadim

AKPO
AMAR
BADJI
BOIRO
CISSE
DANSOKHO
DIADHIOU
DIAGNE
DIAGNE
DIAGNE
DIALLO
DIALLO
DIAW
DIOP
DIOP
DIOP
DIONGUE
FALL
FALL
FAYE
FAYE
GASSAMA
GAYE
GUEYE
KASSE
LAKHE
LEYE
LY
LOUM
MBAYE
MBAYE
MBAYE
MBENGUE
NDIAYE
NIANG

Radiologie & Imagerie Médicale
Santé Publique
Radiologie & Imagerie Médicale
Pédiatrie & Génétique Médicale
Médecine Interne
Orthopédie-Traumatologie
Gynécologie-Obstétrique
Ophtalmologie
Médecine Interne
Hépatologie / Gastro-Entérologie
Histologie-Embryologie
Gynécologie-Obstétrique
Physiologie
Physiologie
Bactériologie-Virologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Santé Publique
Neurologie
Chirurgie Infantile
Médecine Interne
Néphrologie
Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Gastro-Entérologie & Hépatologie
Cancérologie
Maladies Infectieuses & Tropicales
Médecine Interne
Pédiatrie
O.R.L & Chirurgie cervico-faciale
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Parasitologie-Mycologie
Médecine Préventive

M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
M. Moustapha	NIASSE	Rhumatologie
Mme Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
Mme Nafy Ndiaye	SARR	Médecine Interne
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
§M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
M. Ousmane	THIAM	Chirurgie Générale
*M. Jean Augustin Diégane	TINE	Santé Publique-Epidémiologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Houra	AHMED	O.R.L
Mme Aïssatou	BA	Pédiatrie
M. El Hadji Boubacar	BA	Anesthésie-Réanimation
Mme Nafissatou Ndiaye	BA	Anatomie Pathologie
Mme Djénéba Fafa	CISSE	Pédiatrie
Mme Maïmouna Fafa	CISSE	Pneumologie
M. Ousmane	CISSE	Neurologie
M. Mohamed	DAFFE	Orthopédie-Traumatologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Gabriel Nougignon Comlan	DEGUENONVO	Anatomie Pathologique
M. Sidy Ahmed	DIA	Médecine du Travail
M. Saër	DIADIE	Dermatologie-Vénérologie
M. Souleymane	DIAO	Orthopédie-Traumatologie
M.Papa Amath	DIAGNE	Chirurgie Thoracique & Cardio-vasculaire
Mme Armandine Eusébia. Roseline	DIATTA	Médecine du Travail
Mme Yaay Joor Koddu Biigé	DIENG	Pédiatrie
M. Baïdy	DIEYE	Bactériologie-Virologie
M. Ndiaga	DIOP	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Pédopsychiatrie
M. Mamoudou Salif	DJIGO	Biophysique & Médecine Nucléaire
M. Biram Codou	FALL	Médecine Interne
M. Cheikh Binetou	FALL	Parasitologie-Mycologie
Mme Marième Polèle	FALL	Hépto-Gastro-entérologie
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
M. Moustapha	FAYE	Néphrologie
M. Mamadou Lassana	FOBA	Chirurgie Plastique et reconstructive
M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie Pathologique
Mme Mame Vénus	GUEYE	Histologie-Embryologie
M. Alioune Badara	GUEYE	Orthopédie Traumatologie
Mme Salimata Diagne	HOUNDJO	Physiologie

M. Mohamed	JALLOH	Urologie
M. Soulèye	LELO	Parasitologie et Mycologie
M. Isaac Akhénaton	MANGA	Parasitologie et Mycologie
Mme Fatimata Binetou Rassoule	MBAYE	Pneumologie
M. Mansour	MBENGUE	Néphrologie
M. Joseph Salvador	MINGOU	Cardiologie
M. Joseph Matar Mass	NDIAYE	Ophtalmologie
Mme. Mame Téné	NDIAYE	Dermatologie-Vénérologie
M. Mouhamadou Makhtar	NDIAYE	Stomatologie & Chirurgie maxillo-faciale
M. Ibrahima	NDIAYE	Psychiatrie
M. Aliou Abdoulaye	NDONGO	Pédiatrie
M. Michel Assane	NDOUR	Médecine Interne
M. El Hadji Oumar	NDOYE	Médecine Légale
Mme Aïssatou Ahmet	NIANG	Bactériologie-Virologie
M. Abdourahmane	SAMBA	Biochimie
M. Alioune	SARR	Urologie
M. Lamine	SARR	Orthopédie Traumatologie
*M. Babacar	SINE	Urologie
M. El Hadji Cheikh Ndiaye	SY	Neurochirurgie
M. El Hadji Malick	SY	Ophtalmologie
M. Amadou	SOW	Pédiatrie
M. Djiby	SOW	Médecine Interne
M. Souleymane	THIAM	Biochimie
Mme Maïmouna	TOURE	Physiologie
Mme Racky	WADE	Anatomie et Organogenèse Option Psychiatrie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

II. PHARMACIE

PROFESSEURS TITULAIRES

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata Sall	DIALLO	Physiologie
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
*M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
M. Yérin Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
M. Papa Madièye	GUEYE	Biochimie
M. Modou Oumy	KANE	Physiologie
Mme Ndèye Coumba Touré	KANE	Bactériologie-Virologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme Maguette Dème Sylla	NIANG	Immunologie
Mme Philomène Lopez	SALL	Biochimie
M. Mamadou	SARR	Physiologie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Alassane	WELLE	Chimie Thérapeutique

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique & Cryptogamie
Mme Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Génétique
M. William	DIATTA	Botanique et Biologie végétale
MmeThérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Cheikh	DIOP	Hydrologie
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique et Biophysique
M. Ahmadou Bamba Koueimel	FALL	Pharmacie Galénique
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Mme Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
M. Youssou	NDAO	Droit et Déontologie Pharmaceutiques
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie-Virologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie-Mycologie
Mme Mathilde M.P. Cabral	NDIOR	Toxicologie

M. Idrissa	NDOYE	Chimie Organique
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie-Virologie
*M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie-Mycologie
M. Madièye	SENE	Pharmacologie
Mme Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie
Mme Fatou Gueye	TALL	Biochimie
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique
M. Yoro	TINE	Chimie Organique
Mme Aminata	TOURE	Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

*M. Firmin Sylva	BARBOZA	Pharmacologie
M. Mamadou	BALDE	Chimie Physique Générale
Mme Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique & Organique
M. Assane	DIENG	Bactériologie-Virologie
M. Khadim	DIONGUE	Parasitologie-Mycologie
Mme Absa Lam	FAYE	Toxicologie
Mme. Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique & Bromatologie
*M. Moustapha	MBOW	Immunologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. El Hadji Malick	NDOUR	Biochimie
M. Mbaye	SENE	Physiologie
M. Papa Mady	SY	Biophysique

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

Mme Fatoumata	BAH	Toxicologie
Mme. Néné Oumou Kesso	BARRY	Biochimie Pharmaceutique
M. Oumar	BASSOUM	Epidémiologie et Santé publique
M. Serigne Ibra Mbacké	DIENG	Pharmacognosie
M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique Humaine
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
*M. Moustapha	DJITE	Biochimie Pharmaceutique
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
*M. Gora	LO	Bactériologie-Virologie
M. Abdou	SARR	Pharmacognosie
Mme Khadidiatou	THIAM	Chimie Analytique & Bromatologie

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

III. CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

Mme Fatou Lèye	BENOIST	Odontologie Conservatrice
M. Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
Mme Adam Marie Seck	DIALLO	Parodontologie
M. Babacar	FAYE	Odontologie Conservatrice
M. Daouda	FAYE	Santé Publique
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Santé Publique
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
Mme Soukèye Dia	TINE	Chirurgie Buccale
§M. Babacar	TOURE	Odontologie Conservatrice

PROFESSEURS ASSIMILES

Mme Adjaratou Wakha	AIDARA	Odontologie Conservatrice
Mme Khady Diop	BA	Orthopédie Dento-Faciale
M. Khaly	BANE	Odontologie Conservatrice
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	Orthopédie Dento-Faciale
M. Massamba	DIOUF	Santé Publique
Mme Aïssatou Tamba	FALL	Pédodontie-Prévention
M. Malick	FAYE	Pédodontie
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Mme Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo-Physiologie
§Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Chirurgie Buccale
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Mouhamed	SARR	Odontologie Conservatrice
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale

MAITRES DE CONFERENCES TITULAIRES

M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Mamadou	DIATTA	Chirurgie Buccale
Mme Mbathio	DIOP	Santé Publique
Mme Binetou Cathérine	GASSAMA	Chirurgie Buccale
M. Pape Ibrahima	KAMARA	Prothèse Dentaire
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
Mme Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Radiologie Dento maxillo-Faciale
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice

Mme Farimata Youga Dieng
Mme Anta
Mme Néné

SARR
SECK
THIOUNE

Matières Fondamentales
Odontologie Conservatrice
Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

MAITRES DE CONFERENCES ASSIMILES

M. Alpha
Mme Khady
Mme Binta
M. Ahmad Moustapha
M. Mamadou Tidiane
M. Mor Nguirane
M. Amadou
*M. Khalifa
M. Serigne Ndam
M. El Hadji Ciré
M. Abdoulaye
Mme Ndèye Nguiniane Diouf
M. Mouhamad
M. Alpha
M. Oumar Harouna
M. Sankoug
M. Diabel
Mme Soukèye Ndoye
M. Amadou

BADIANE
BADJI
CISSE
DIALLO
DIALLO
DIENE
DIENG
DIENG
DIENG
DIOP
DIOUF
GAYE
KANE
KOUNTA
SALL
SOUMBOUNDOU
THIAM
THIAM
TOURE

Orthopédie Dento-Faciale
Prothèse Dentaire
Prothèse Dentaire
Parodontologie
Odontologie Pédiatrique
Odontologie Conservatrice
Santé Publique
Odontologie Légale
Santé Publique
Odontologie Conservatrice
Odontologie Pédiatrique
Odontologie Pédiatrique
Chirurgie Buccale
Chirurgie Buccale
Matières Fondamentales
Odontologie Légale
Parodontologie
Odontologie Pédiatrique
Prothèse Dentaire

+Disponibilité

*Associé

§Détachement

§Détachement

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

Après l'expression de ma
reconnaissance,

Je dédie ce modeste travail
à.....

A ma chère mère Fatou Mbacke Mbengue

J'ai parcouru tout le dictionnaire à la recherche d'un mot, mais hélas aucun ne saurait monter le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu n'as cessé de nous soutenir financièrement, moralement et de nous encourager durant toutes ces années. Tu es pour moi l'exemple d'une mère qui se sacrifie pour la réussite de ses proches. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Qu'ALLAH le tout puissant t'accorde santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler en retour.

A mon défunt père Modou Sady Mbengue

Papa, tu nous répétais sans cesse, « concentrez-vous sur vos études je ne vous demande rien d'autre ». J'aurais bien voulu que tu sois témoin de ce jour. Tu laisses un grand vide dans ma vie, mais sache qu'il y aura toujours une place pour toi dans mon cœur. Que dieu t'accueille dans son paradis.

A mes frères Docteur Mamadou Mbengue et Pape Malick Mbengue

A tous les moments d'enfance passés avec vous, en gage de ma profonde estime pour l'aide, le soutien et le réconfort que vous m'avez apporté. Puissent nos liens fraternels se consolider et se pérenniser encore plus.

A mes grands parents

Que ce modeste travail soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Que dieu vous accorde sa grâce.

A mes oncles et badianes

Votre attention et votre affection sans faille à mon endroit ne m'ont jamais fait défaut. C'est grâce à vous, à vos prières et votre soutien moral que j'ai pu poursuivre mes études sans grandes difficultés. Puisse Dieu le tout puissant vous donner encore longue vie et à moi la volonté de reconnaissance

À mes frères et sœurs “MASS Mbengue Family”

L'unité que nous formons est un puits de force pour moi. Je vous exprime mon respect et ma considération pour votre soutien et encouragements. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour que vous m'offrez quotidiennement.

À mes frères et sœurs “Pape Malick Mbengue Family”

Je vous exprime à travers ce travail, mon respect et mon affection. Il me serait difficile de vous citer tous, vous êtes dans mon cœur affectueusement. C'est pour moi un grand honneur de vous avoir comme famille. Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible.

A mes tantes maternelles Mbene Mbengue et Ndéye Diagne

Votre attention et votre affection sans faille à mon endroit ne m'ont jamais fait défaut. C'est grâce à vous, à vos prières et votre soutien moral que j'ai pu poursuivre mes études sans grandes difficultés. Puisse Dieu le tout puissant vous donner encore longue vie et à moi la volonté de reconnaissance.

À la famille “TEAM TOPO”

Dr Mouhamadou Ndoeye, Dr Mame Astou Seck, Dr Ababacar Niakhana Fall, Dr Papa Samba Diabakhaté, Dr Zeynabe Blondin Diop, Dr Marième Lala Sarr, Dr Mouhamadou Dianko, Dieynaba Bassine Baldé, Ndeye Dieynaba Diop, Sira Tall, El hadji Boubacar Gueye et sa femme codou faye, Ibrahima Soriba Gueye, Michel Dovonou, , Abdou Khadre Kane, Zeynabe Diouf, , Mouhamed Sow, Bineta Diouf, Rebbeca Biaye.

“LOU YAAG DEUG LA”, vous êtes précieux dans mon cœur et votre amitié est inestimable. Nos liens prouvent qu'une relation amitié sincère peut connaître des virgules, des prises de recul mais jamais de point final. Pour toujours et à jamais.

À ENS Family

Sira Tall, Michel Dovonou, Coumba ndiaye, el hadji Boubacar Gueye, Ibrahima Soriba Gueye, Marieme Yakhya Ly, , Nafi Boye, Seynabou Mbow, Abou Tall, Aida Niang, Ami Ndiaye Kane, Awa Kane, Dr Bamba Mbengue et sa femme Khadija, Barro, Binetou Gueye, Cheick Niang, Cherif Aidara Ndiaye, Dr El Hadji Niang, Ibrahima Ndiaye, Madjiguene Pouye, Malick Gueye, Mbaye Guaye, Ndeye Fatou Ba, Dr Mouhamadou Ngom, Omar,

Pathé, Rosalie, Arona Sidibé, Mbaye Guaye, Lamine Cissé, Fatou Lindor Seck, Moussa Ndiaye.

Merci pour vos motivations et encouragements, ça a été un plaisir de réviser avec vous. De camarade de promo, on est devenu de vrais amis, que cette amitié perdure et que chacun soit présent pour l'autre.

À mes sœurs et frères,

Feu Souleymane Wane, Adjie dieynaba Diop et son mari Amadou Sall, sokhna Maimouna Sow et son mari Abou Sy, khady Ndiaye, Aissatou Maty Diagne, Thierno ndiaye, mouhamadou ndoye, avec vous j'ai passé les meilleurs moments de mon enfance, vous êtes une seconde famille pour moi. Que dieu vous garde.

À Papa Amadou Ba et sa femme Mama Codou Diéye, merci pour l'accueil merveilleux lors de mes stades rurales à Louga que dieu vous protège.

À mes cousins et cousines “NUNNI NEEN”

Fatou kébé, Habib Kébé, Dié Astou Léye, Dame Kébé, Modou Samb, ALINE Kébe, Makebe kebe, Mame Fatou diop, Mame Diarra Diop, Mathiar Kebe, Mbaye Kébé, Modou Kébé, Moustapha Kébe, Mass Kébé.

Nous avons passé de merveilleux moment ensemble que nos liens fraternels perdurent à jamais. Je vous souhaite pleine de réussite dans vos projets.

À mes collègues et amis

Maty Diouf, Abdoulaye Mbaye, Marième Ly, khadim diop, Idrissa Ndiaye, Bocar Sow, Youssouf Sidibe, Ibrahima Sarr merci pour le soutien et encouragement

A tous mes camarades de promotion avec qui j'ai passé d'agréables moments, merci, en souvenir de nos efforts communs.

A tous mes professeurs de la FMPOS pour la qualité de l'encadrement.

A tout le personnel du Service d'Accueil et des Urgences de Louga.

A ma future famille si dieu m'en fait grâce AMEN

REMERCIEMENTS

C'est avec plaisir que j'exprime ici ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont permis ce rapprochement entre différentes disciplines et qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse.

Je remercie mon Directeur de thèse, Professeur Abdoul Aziz Diouf pour sa disponibilité, et ses qualités humaines.

Je remercie mon Co-Directeur de thèse, Docteur Khalifa Gueye pour sa disponibilité, sa générosité et son sérieux. Sans lui, ce travail n'aurait pu se faire.

Je remercie professeur Mouhamadou Ndiaye de nous avoir accompagnés durant notre cursus

Je remercie le Docteur Alioune Sarr pour ses efforts fournis pour l'élaboration de ce travail.

Je remercie tout le personnel de la maternité du centre hospitalier national de Pikine.

Je remercie tout le personnel de la scolarité de la faculté de médecine de Dakar.

**A NOS MAITRES
ET
JUGES**

À notre maitre et Président de jury

Monsieur le professeur Alassane Diouf

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de juger notre travail. Durant nos stages, nous avons pu apprécier et admirer votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture, la qualité de votre enseignement qui font de vous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

À notre Maitre et directeur de thèse

Monsieur le Professeur Abdoul Aziz Diouf

Tout l'honneur me revient de vous avoir comme directeur de thèse. Vous m'avez fait confiance et accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses charges. Nous avons apprécié votre disponibilité, votre compréhension, et surtout votre modestie dont vous témoignent tous vos étudiants et que je confirme. Il m'a été très simple de communiquer avec vous. Sans votre patience ce travail n'aurait pu aboutir.

Soyez assuré, Cher Maitre, de notre profonde reconnaissance.

Mes respects!!!

À notre maitre et Juge

**Madame le professeur Mame Diarra Ndiaye
Gueye**

C'est un honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse. Au cours de nos études, nous avons eu l'occasion d'apprécier la richesse et la clarté de votre enseignement, vos qualités humaines, votre disponibilité, vos qualités intellectuelles et professionnelles et qui font de vous un Maître exemplaire, un modèle à suivre. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde admiration et nos sincères remerciements.

À notre Maitre et Co-Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Ababacar Khalifa Gueye

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de codiriger ce travail, dont j'espère avoir été à la hauteur. Grand merci de m'avoir guidé, conseillé et assisté pendant toute la préparation de cette thèse. Merci pour la disponibilité et l'hospitalité dont vous avez fait preuve envers moi lors de nos rencontres.

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACOG: American College of Obstetrics and Gynecology

AP : Arrêt de la progression

AVBA : Accouchement par voie basse assistée

AVBS : Accouchement par voie basse spontanée

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

BTR : Bassin transversalement rétréci

CGO : Clinique Gynécologique et Obstétricale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation prénatale

CRAS : Cotation du risque d'accouchement par le siège

CSPMS : Centre de santé Philippe Maguilène Senghor

CSNC : Centre de santé Nabil Choucair

DE : Défaut d'Engagement

DES : Diplôme d'études spécialisés

FIGO : Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens.

GES : Grande extraction du siège

GEU : Grossesse extra-utérine

HRP : Hématome rétro placentaire

HTA : Hypertension artérielle

M1 : Première minute

M5 : Cinquième minute

NNE : Nouveau-né

NP : Niveau de preuve

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SIDA : Sacro Iliaque Droite Antérieure

SIDP : Sacro Iliaque Droite Postérieure

SIGA : Sacro Iliaque Gauche Antérieure

SIGP : Sacro Iliaque Gauche Postérieure

TBT : Term Breecht Trial

VME : Version par Manœuvre Externe

$<$: Inférieur(e) à

$>$: Supérieur(e) à

$\leq$: Inférieur(e) ou égal(e) à

$\geq$: Supérieur(e) ou égal(e) à

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Fréquence de la présentation de siège en fonction de l'âge gestationnel	7
Tableau II : Indications de la césarienne prophylactique.....	18
Tableau III : Capacité d'accueil du CHN de Pikine.....	29
Tableau IV : Réparation des parturientes selon l'âge	34
Tableau V : Répartition des parturientes selon le terme de l'accouchement	36
Tableau VI : Indications de césarienne	41
Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à M1 et M5 .	43
Tableau VIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids foetal.....	43
Tableau IX : Parité et mode de siège.....	45
Tableau X : Mode d'accouchement selon le mode de siège	46
Tableau XI : Mode d'accouchement et âge maternel.....	47
Tableau XII : Lien entre le mode d'accouchement et la parité.....	47
Tableau XIII : Lien entre age gestationnel et mode d'accouchement	48
Tableau XIV : Fréquence des modes d'accouchement en fonction de l'état des membranes.....	48
Tableau XV : Poids de naissance et mode d'accouchement.....	49
Tableau XVI : Age maternel et score d'Apgar à M1 et M5	50
Tableau XVII : Parité et score d'Apgar à M1 et M5	50
Tableau XVIII : Poids de naissance et score d'Apgar à M1 et M5	51
Tableau XIX : Mode siège et score d'Apgar à M1 et M5.....	51
Tableau XX : Age gestationnel et score d'apgar à M1 et M5	52
Tableau XXI : État des membranes et score d'Apgar à M1 et M5	52
Tableau XXII : Durée du travail et Score d'Apgar à M1 et M5	53
Tableau XXIII : Mode d'accouchement et Score d'Apgar à M1 et M5	53
Tableau XXIV : Fréquence globale de la présentation du siège.....	54
Tableau XXV : Fréquence du siège selon la parité.....	56

Tableau XXVI : Fréquence selon le mode de siège.....	57
--	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Présentation du siège mode complet.....	4
Figure 2. Présentation du siège mode décomplété	5
Figure 3. Différents types de siège.....	6
Figure 4. Accouchement du siège	13
Figure 5. Engagement de l'épaule	14
Figure 6. Accouchement de la tête dernière.....	15
Figure 7. Carte du Département de Pikine (avant redécoupage administratif du 1 ^{er} Juin 2021)	27
Figure 8. Centre Hospitalier National de Pikine	28
Figure 9. Situation géographique du CHNP	28
Figure 10. Histogramme montrant la répartition des parturientes par tranche d'âge	35
Figure 11. Répartition des parturientes selon la parité.....	35
Figure 12. Répartition des parturientes selon le mode d'admission.....	37
Figure 13. Etat des membranes à l'admission	38
Figure 14. Répartition des parturientes selon le mode de siège.....	39
Figure 15. Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement	42

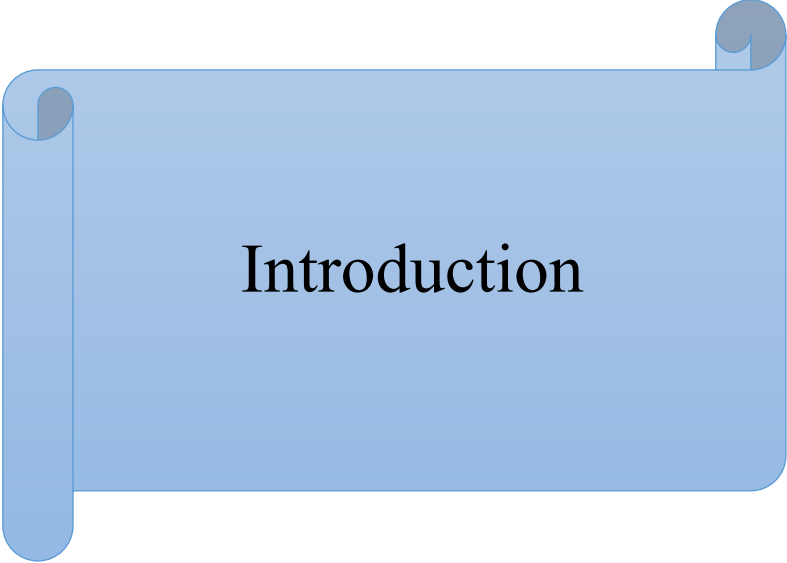
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA PRESENTATION DU SIEGE	3
1. DEFINITION ET CLASSIFICATION.....	4
I.1 Définition	4
I.2 Classification	4
I.2.1 Présentation du siège complet	4
I.2.2 Présentations du siège décomplété	5
II. EPIDEMIOLOGIE	7
II.1 Fréquences	7
II.2 Facteurs étiologiques	8
II.2.1 Facteurs maternels	8
II.2.2 Facteurs fœtaux	9
II.2.3 Facteurs annexiels	9
III. MECANIQUE OBTETRICALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE	
10	
III.1 Repère de la présentation du siège	10
III.2 Variété de position.....	10
III.3 Dimensions	11
III.4 Mécanique proprement dite.....	11
III.4.1 Accouchement du siège.....	11
III.4.2 Accouchement des épaules	13
III.4.3 Accouchement de la tête dernière	14
IV. PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE	16
IV.1 Durant la grossesse	16
IV.2 Pendant le travail [5,34]	18
IV.3 Pendant l'expulsion	19
IV.4 Conduite pendant la phase de délivrance	19
V. PRONOSTIC	20

V.1	Pronostic maternel	20
V.2	Pronostic fœtal	21
V.2.1	Accidents immédiats	22
V.2.2	Devenir à long terme des enfants	23
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE		25
VI.	OBJECTIFS	26
VI.1	Objectif général	26
VI.2	Objectifs spécifiques.....	26
VII.	CADRE D'ETUDE	27
VII.1	Site de l'étude	27
VII.1.1	Département de Pikine	27
VII.1.2	Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine	28
VII.2	Présentation des services	29
VII.2.1	Service de Gynécologie-Obstétrique	29
VII.2.2	Service de Pédiatrie - Néonatalogie.....	30
VII.2.3	Bloc opératoire et Anesthésie-Réanimation.....	31
VII.2.4	Service de médecine interne.....	31
VII.2.5	Autres prestations	31
VIII.	METHODOLOGIE	32
VIII.1	Type et durée d'étude	32
VIII.2	Population d'étude.....	32
VIII.3	Collecte de données.....	32
VIII.4	Variables étudiées.....	32
VIII.5	Exploitation des données.....	33
IX.	RESULTATS	34
IX.1	Résultats descriptifs.....	34
IX.1.1	Fréquences.....	34
IX.1.2	Données relatives à la mère.....	34
IX.1.3	Histoire de la grossesse	36

IX.1.4	Données de l'accouchement.....	37
IV1.4.1.	Données clinique à l'admission.....	37
IV.1.4.2.	Voie de l'accouchement	39
IX.1.5	Données néonatales	42
IX.1.6	Pronostic de l'accouchement.....	44
IX.2	Résultats Analytiques	45
IX.2.1	Mode de siège.....	45
IX.2.2	Mode d'accouchement	46
IX.2.3	Pronostic néonatal	49
X.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	54
X.1	Paramètres généraux.....	54
X.1.1	Fréquence	54
X.1.2	Parité.....	55
X.1.3	Type de siège.....	56
X.2	Facteurs étiologique.....	57
X.2.1	Maternel.....	57
X.2.2	Facteurs fœtaux	59
X.2.3	Facteur ovulaire.....	61
X.3	Mode d'accouchement.....	62
X.3.1	Accouchement par voie basse	62
V.3.1.1.	Fréquence.....	62
V.3.1.2.	Critères de choix de la voie basse.....	62
V.3.1.3.	Mode de terminaison de l'accouchement par voie basse	66
X.3.2	Accouchement par césarienne	67
V.3.2.1.	Fréquence.....	67
V.3.2.2.	Césarienne prophylactique.....	67
V.3.2.3.	Césarienne au cours de travail	68
X.4	Pronostic	69
X.4.1	Pronostic maternel	69

V.4.1.1. Voie haute	69
V.4.1.2. Voie basse	70
X.4.2 Pronostic fœtal.....	70
V.4.2.1. Facteurs pronostiques maternels.....	71
V.4.2.2. Facteurs ovulaires et fœtaux	72
V.4.2.3. Facteurs pronostiques liés à la parturition	74
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	78
REFERENCES	84
ANNEXES	95

A blue scroll graphic with a light blue background and a darker blue border. The scroll is unrolled, showing the word "Introduction" in a black serif font. The scroll has a small tab on the left side and a small loop on the right side.

Introduction

INTRODUCTION

La présentation du siège, enseignée depuis plusieurs siècles dans les écoles d'obstétrique, reste un grand sujet de polémique entre obstétriciens.

Elle est théoriquement eutocique du fait de la concordance des principaux diamètres du fœtus avec ceux de la filière pelvi-génitale, mais cette eutocie est moins assurée que celle de la présentation du sommet. En effet, l'analyse comparative de la morbidité fœtale et néonatale dans ces deux type de présentation a révélé une morbidité plus importante dans la présentation du siège [1]. Dans cette présentation les différents segments du corps sont accouchés en sens inverse de leur volume et ce dernier peut brusquement augmenter lorsque l'attitude du fœtus cesse d'être favorable créant ainsi une dystocie à l'origine de l'élévation de la fréquence de la morbi-mortalité périnatale [2,3].

Avant 1940, malgré un taux de mortalité périnatale par le siège de 5% les risques chirurgicaux maternels ont empêché le recours systématique à la césarienne [4]. Mais en 2000, la publication des travaux de term breech trial [5] qui rapportait un taux élevé de morbidité néonatale grave dans l'accouchement par voie basse, a poussé beaucoup d'auteurs à recommander la césarienne systématique en cas de présentation du siège [6,7]. On assiste ainsi à une élévation du taux de césarienne dans le but de diminuer les complications néonatales liées à cette présentation. Au Sénégal une étude menée en 2009 a montré un taux de césarienne de 39% [8] devant ce type de présentation. Mais cette attitude n'est pas sans conséquence puisque la césarienne s'accompagne d'un pronostic maternel moins favorable comparée à la voie basse [1] de plus la cicatrice utérine peut être à l'origine de complications au cours des grossesses suivantes [9,10]. Ce qui fait que le mode d'accouchement par la présentation du siège a toujours été un sujet de grand intérêt.

Alors quelle est la meilleure attitude devant ce type de présentation ?

Toutes ces interrogations, concernant la voie d'accouchement dans la présentation du siège dans le but d'avoir un meilleur pronostic, ont motivé le choix du sujet. Notre présent travail est une étude rétrospective effectuée au Centre Hospitalier National de Pikine avec comme objectif principal de déterminer le profil épidémiologique et le pronostic de la présentation du siège. Les objectifs spécifiques étaient :

- d'étudier la fréquence de l'accouchement en présentation du siège ;
- de décrire les caractéristiques épidémiologiques des parturientes ayant une présentation du siège ;
- d'apprécier la voie d'accouchement en la comparant aux autres types de présentation ;
- de déterminer l'issue maternelle et néonatale de l'accouchement du siège.

Notre travail comprend deux (2) parties :

- une première partie dans laquelle nous rappellerons les aspects épidémiologiques, pronostiques et la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.
- une deuxième partie dans laquelle nous partagerons nos résultats que nous discuterons avant de conclure et de formuler des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

**PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA
PRESENTATION DU SIEGE**

1. DEFINITION ET CLASSIFICATION

I.1 Définition

La présentation du siège ou podalique encore appelée présentation pelvienne est une présentation longitudinale au cours de laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est au contact du détroit supérieur, alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin [9,11].

I.2 Classification

Il existe deux principaux modes de présentation du siège, qui se distinguent en fonction de la position des membres inférieurs du fœtus.

I.2.1 Présentation du siège complet

Il représente 1/3 [12] des présentations du siège, les Jambes sont fléchies sur les cuisses, elles-mêmes modérément fléchies sur le bassin.

Fœtus semble assis « en tailleur » et les membres repliés augmentent les dimensions de la présentation.

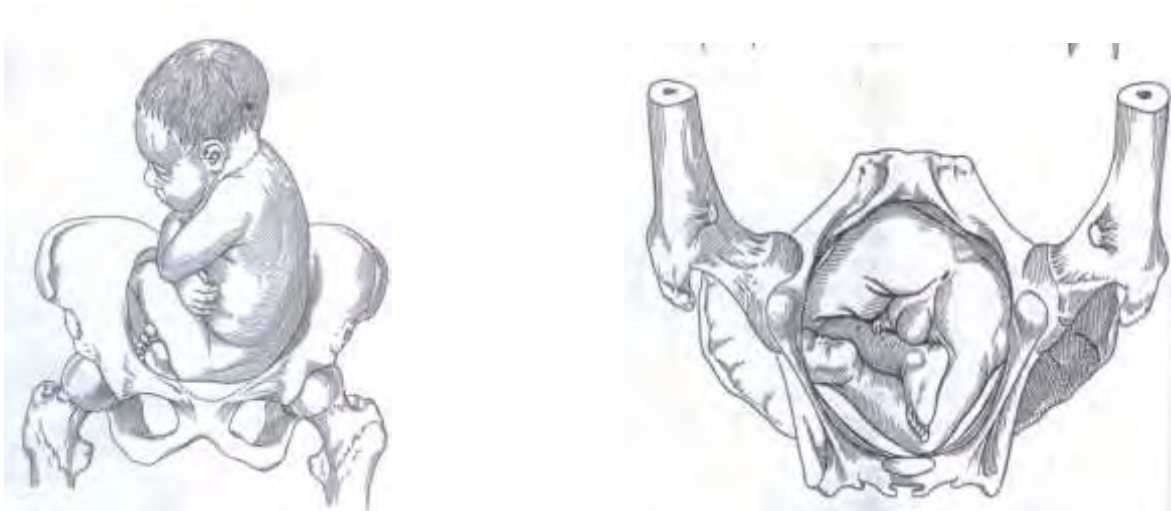


Figure 1. Présentation du siège mode complet [12]

I.2.2 Présentations du siège décomplété

▪ Modes des fesses

Elle représente 2/3 [13] des présentations du siège, les jambes sont totalement en extension devant le tronc « en attelles », les cuisses hyper fléchies sur le bassin, de sorte que les pieds arrivent à hauteur de la tête fœtale : les fesses constituent ainsi toute la présentation . Elle est plus fréquente chez les primipares [13] .

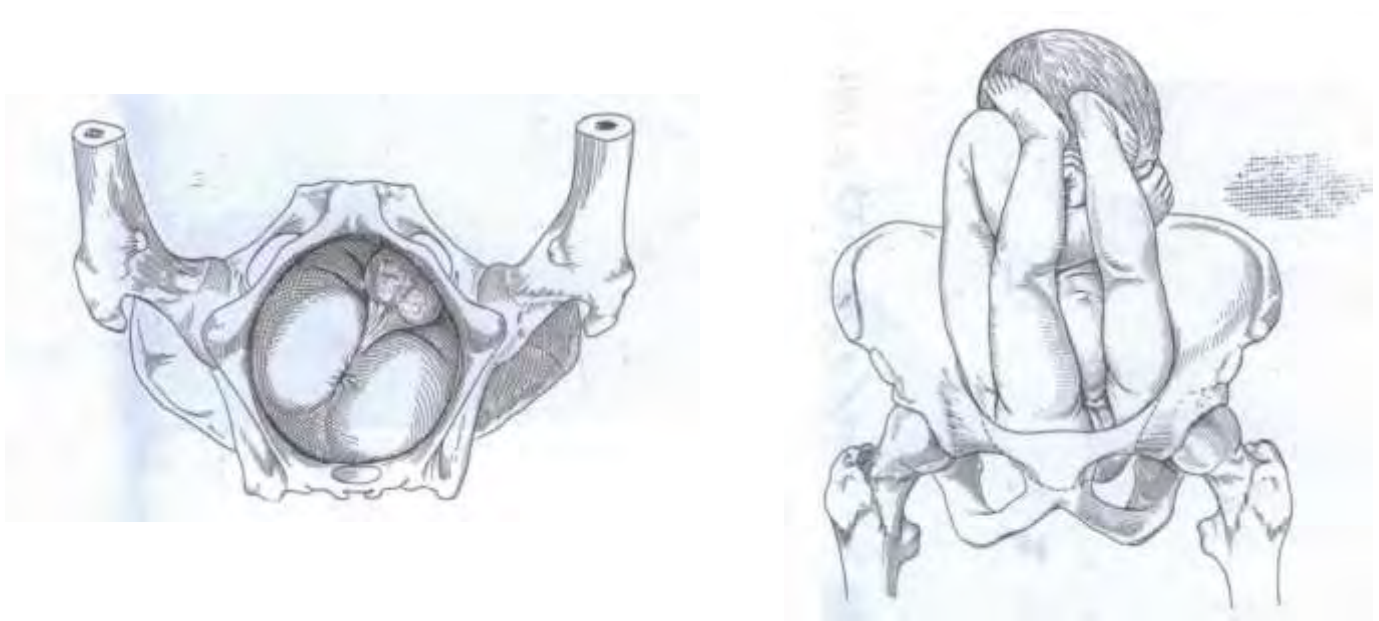


Figure 2. Présentation du siège mode décomplété [12]

Deux autres modalités du siège décomplété sont très rares et sont le plus souvent l'apanage des grands prématurés :

▪ Siège décomplété mode des genoux

Ce mode est appelé « footing breech » par les auteurs américains. Les membres inférieurs semi fléchis sous le siège, constituent une source de complications. Il est de mauvais pronostic.

▪ Siège décomplété mode des pieds

Avec une extension plus ou moins marquée des hanches et des genoux. Le fœtus étant debout dans l'excavation pelvienne dans l'extension complète « au garde à vous ».

Cependant des complexes peuvent se voir par la combinaison de positions distinctes pour chaque membre inférieur : il est possible, par exemple, d'avoir un siège décomplété mode d'un pied et d'un genou (mode semi-décomplété) avec un fœtus qui présente une jambe fléchie sur le tronc avec un genou en extension et une jambe repliée sous les fesses.



a)

b)

c)

d)

Figure 3. Différents types de siège [14]

a) siège « mode des pieds » single-footling. b) siège « mode des pieds » double-footling.

c) siège semi-décomplété

d) siège « mode des genoux

II. EPIDEMIOLOGIE

II.1 Fréquences

Plus fréquente présentation après celle du sommet, la fréquence de la présentation du siège varie selon les auteurs entre 2 à 5% [15,16].

Au Sénégal, Sambou [17] , Bentahir [8] et Mouhamed [18] avaient retrouvé une fréquence respective de 1,38%, 3,95% et 3,65%. Au Nigeria, Ilesammi retrouvait une fréquence de 2,1% [19]. Au Congo, Mukuku rapportait 2,5% [20]. Au Mali, Dicko faisait état d'une fréquence de 1,42% [21], alors que Dembélé rapportait 1,72% [22].

En France, au CHU de Besançon entre 1977 et 1996 sur une série de 43385 accouchements la fréquence de la présentation de siège était 4,09%, et de 1994 à 2004, elle était de 4,5% [23]. Aux États-Unis, Sheer retrouvait 13% [24] alors que Hill rapportait 7% [25].

Cependant, cette fréquence diminue avec l'âge gestationnel: plus la naissance est prématurée plus la fréquence est élevée. Elle est plus faible après 37 SA et ne représente que moins 4% des accouchements à terme [25].

Tableau I : Fréquence de la présentation de siège en fonction de l'âge gestationnel [26]

Age gestationnel en SA	Fréquence présentation de siège
28	24,4
30	16,9
32	10,6
34	4,8
36	5,8
37-40	3,7

II.2 Facteurs étiologiques

Vue la forme allongée de la cavité utérine et la diminution relative du liquide amniotique, on conçoit que le fœtus se mette en position longitudinale vers la fin de la grossesse. Le fœtus s'y accommode en mettant son grand pôle (le siège avec les membres inférieurs) au niveau du fond utérin. La tête, plus lourde avec un volume plus petit, va naturellement se placer en regard du détroit supérieur. C'est l'adaptation du contenu au contenant selon la loi de Pajot [12]. La présentation du siège est le résultat d'un trouble de l'accommodation et divers facteurs semblent favoriser cette situation.

II.2.1 Facteurs maternels

▪ Facteurs congénitaux

L'hypoplasie utérine avec utérus cylindrique s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses.

Les malformations utérines modifient les axes intra-utérins, favorisant les présentations podaliques récidivantes avec une fréquence d'environ 6% [27] .

▪ Facteurs acquis

Parmi ces facteurs acquis, nous pouvons énumérer :

- la primiparité avec un utérus hypertonique ;
- la multiparité en raison de l'hypotonie utérine qui ne permet qu'imparfaitement l'accommodation fœtale ;
- les tumeurs intrinsèques (fibromes par exemple) déformant la cavité utérine et modifient les qualités physiques des fibres musculaires utérines ;
- les tumeurs extrinsèques (kystes ovariens par exemple) ;
- les rétrécissements transversaux du bassin.

II.2.2 Facteurs fœtaux

- **Prématurité**

La prématurité qui est une cause fréquente de présentation du siège 20 à 30% des enfants nés par le siège sont des prématurés [28]. Plus la grossesse est jeune, plus le fœtus peut être surpris en position vicieuse car sa culbute physiologique n'a pu être faite.

- **Malformations**

Deux à trois fois plus d'enfants malformés naissent en présentation podalique, particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie) [27].

- **Grossesses multiples**

Dans la littérature[19,29], 20% des grossesses avec une présentation du siège sont des grossesses multiples. L'accommodation d'un fœtus peut être gênée par son jumeau.

II.2.3 Facteurs annexiels

Diverses anomalies des annexes fœtales peuvent se voir lors des présentations du siège.

- **Les anomalies du liquide amniotique** : hydramnios et l'oligoamnios qui doivent faire penser à une malformation fœtale (anencéphalie, syndrome de Potter, trisomie 18).
- **Les anomalies du cordon** : brièveté primitive où secondaire de la portion libre du cordon (circulaire ou bretelle du cordon) entravant les mouvements fœtaux.
- **Le placenta bas inséré** : qui peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale.

Ces différents facteurs étiologiques doivent être recherchés avant l'accouchement. En effet, ils constituent des éléments pronostiques susceptibles d'influencer la conduite pratique de l'accouchement. Parfois aucune cause n'est retrouvée [30]. La présentation résulte en quelque sorte d'une absence d'accommodation [31].

III. MECANIQUE OBTETRICALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

L'accouchement en présentation du siège est constitué de trois étapes que sont l'accouchement du siège, des épaules et de la tête dernière. Pour chacun de ces accouchements le passage dans le bassin maternel nécessite un engagement, une descente et rotation, et un dégagement. Les trois accouchements sont donc interdépendants et doivent se succéder harmonieusement sans dissociation d'un élément par rapport à l'autre. Le fœtus étant maintenu en flexion, les contractions utérines et celle de la sangle abdominale sont nécessaires à maintenir le groupement des différents segments fœtaux et l'attitude en flexion dans cet accouchement à rebrousse-poil.

III.1 Repère de la présentation du siège

Le repère de la présentation est le sacrum, trouvé en suivant le pli inter fessier. Il est situé à l'extrémité du diamètre sacro- tibial dans le siège complet, du diamètre sacro- pubien dans le siège décomplété.

III.2 Variété de position

Quatre variétés de position sont ainsi différenciées :

- Variétés antérieures :

* sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA),

* sacro-iliaque droite antérieure (SIDA),

- Variétés postérieures :

* sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)

* sacro-iliaque droite postérieure (SIDP).

Les variétés sacro-iliaques gauches antérieures (SIGA), et sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) sont les plus fréquentes.

Les positions transverses sont des positions de passage entre les postérieures et les antérieures.

III.3 Dimensions

La présentation du siège est une présentation longitudinale et théoriquement eutocique, puisque ces principaux diamètres sont compatibles avec ceux de la filière pélvigénitale :

- le diamètre qui représente le diamètre principal de la présentation est le bi-trochantérien qui mesure 9,5cm ;

- le sacrotibial et le biacromial sont susceptibles d'importants tassements, pouvant être ramenés à 9 cm ;

- le sous-occipito-frontal suivant lequel s'engage la tête dernière atteint au maximum 11cm.

III.4 Mécanique proprement dite

III.4.1 Accouchement du siège

- **Engagement**

Bien que le sacrum serve à définir la position c'est en réalité le diamètre bi trochantérien perpendiculaire au grand axe qu'il importe de considérer. Le bi-trochantérien réunissant les deux hanches a des dimensions relativement fixes (9,5 cm). Les dimensions du bi-trochantérien sont largement acceptables par le diamètre oblique, l'engagement et la descente dans l'excavation se font par simple progression sensiblement en synclitisme.

Phénomène plus facile, dans le mode décomplété où de par sa disposition cunéiforme, le siège pénètre directement et avec la plus grande facilité dans l'excavation, qu'au mode complété où un tassement sacro-tibial s'impose par suite d'un rapprochement des membres du bassin fœtal qui passe aisément de 12 cm à 9 cm.

▪ **Descente et rotation**

La rotation intra-pelvienne obéit à un mécanisme très particulier alors que dans la présentation du sommet, la tête effectuant le $1/8$ à $3/8$ du cercle pour placer son occiput derrière la symphyse pubienne. Ici c'est la hanche droite ou la hanche gauche qui se placera derrière l'arcuat. La descente s'accompagne d'un mouvement minime de rotation de $1/8$ de cercle qui oriente le sacrum du fœtus point de repère de la présentation en transverse et le bi trochantérien suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin

▪ **Dégagement**

La hanche antérieure se dégage donc la première, la hanche postérieure parcourt la concavité sacro-coccygienne, balaie en quelque sorte le périnée, puis se dégage à la commissure postérieure de la vulve. Les membres inférieurs sortent de l'orifice vulvaire sans difficulté.

Ce mouvement plus facile dans le mode complété que dans le mode décomplété où les deux attelles rigides, formées par les membres inférieurs relevés, s'opposent à l'incurvation du tronc. Le siège tend à se dégager suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère. Le périnée va se laisser déprimer jusqu'à une certaine limite qui permet un complément de descente du siège. Mais il arrive un moment où la résistance du périnée sera telle que toute progression devient impossible alors une épisiotomie sera nécessaire pour obtenir ce dégagement. Cependant la présentation du siège ne constitue pas en soi une indication d'épisiotomie [32].

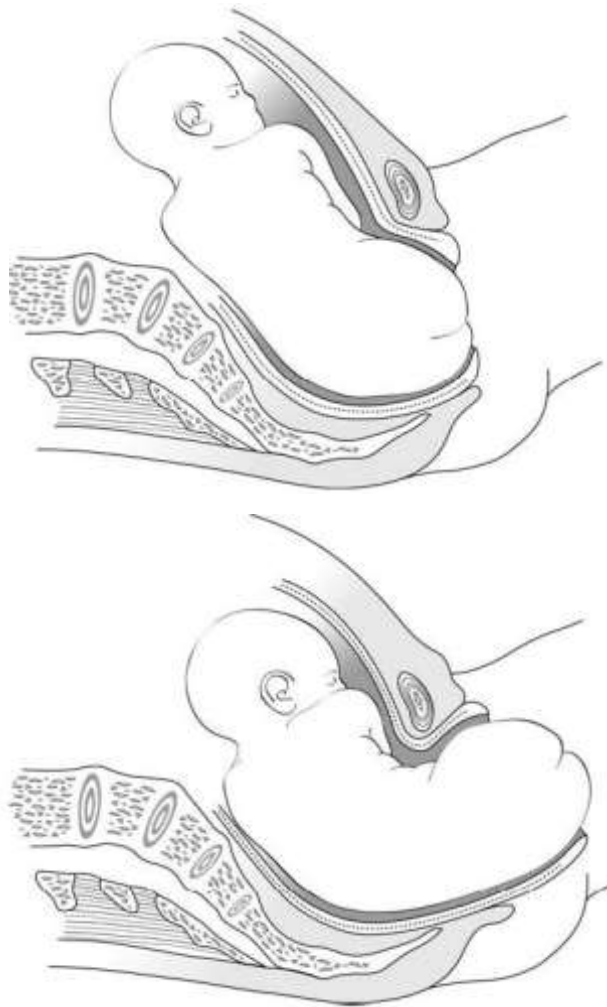


Figure 4. Accouchement du siège [32]

III.4.2 Accouchement des épaules

- **Engagement**

L'engagement a lieu lorsque celui du siège est complètement effectué (figure 4). Le diamètre bi acromial s'engage suivant le même diamètre oblique que le bi trochantérien. En effet, le siège une fois dégagé, le fœtus subit une légère rotation de restitution qui le place suivant son diamètre oblique primitif.

- **Descente et rotation**

Pendant sa descente dans l'excavation, le bi acromial s'oriente suivant le diamètre antéropostérieur de façon à franchir l'orifice vulvaire.

- **Dégagement**

Le moignon de l'épaule antérieure se fixe sous la symphyse tandis que l'épaule postérieure pivote autour de ce point fixe grâce au mouvement d'enroulement du tronc qui se continue. L'épaule postérieure repousse le périnée puis apparait à la fourchette vulvaire ; les membres supérieurs qui se trouvent jusque-là accolés au tronc se trouvent libérés et tombent.

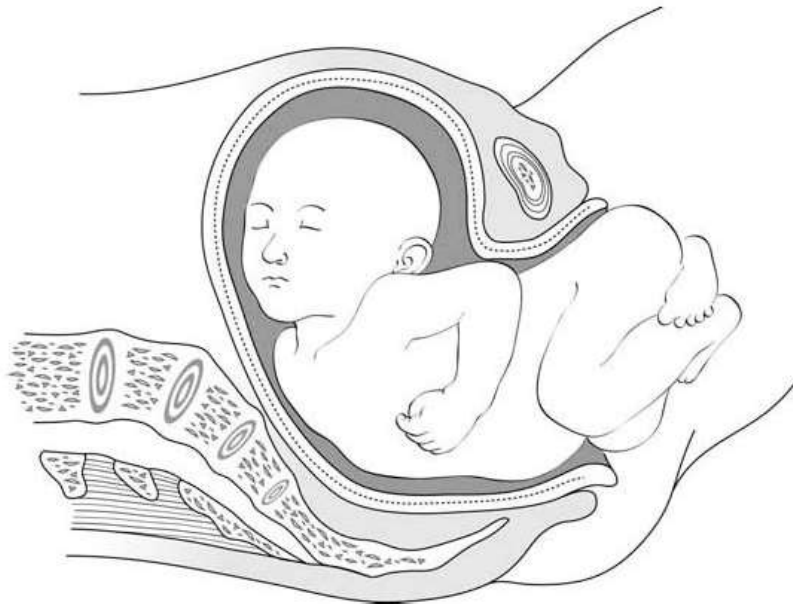


Figure 5. Engagement de l'épaule [32].

III.4.3 Accouchement de la tête dernière

- **Engagement**

L'engagement de la tête dernière se fait suivant le même diamètre oblique (généralement gauche) du sacro-tibial. La tête n'a pas subi de modelage progressif, son amoindrissement, nécessaire à l'engagement, sera surtout le fait

d'un mouvement de flexion. En effet, elle se présente d'abord à l'aire d'engagement en attitude demi fléchie offrant son diamètre occipito frontal. Grâce à un mouvement de flexion celui-ci est remplacé par le sous occipito-frontal plus étroit. La tête s'engage ensuite et descend dans l'excavation en asynclitisme.

- **Descente et rotation**

Elle s'oriente alors suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin. L'occiput effectue une rotation de $1/8$ de cercle dans la variété antérieure et $3/8$ de cercle dans les postérieures de façon à se placer derrière la symphyse. La face est appliquée sur le périnée, le front étant logé dans la partie inférieure de la concavité sacrée.

- **Dégagement**

Le dégagement de la tête s'effectue par un mouvement de flexion autour de l'occiput qui présente successivement à la fourchette vulvaire le menton, la bouche, le nez et enfin le front et le bregma. Ce mouvement de flexion sera souvent exécuté artificiellement par l'accoucheur.

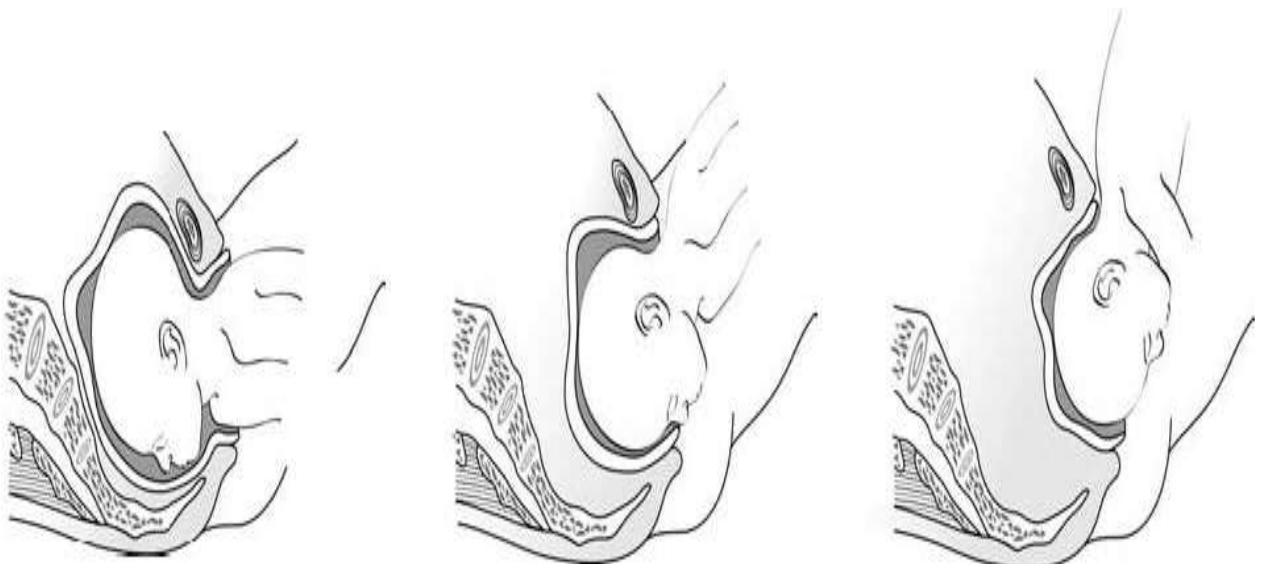


Figure 6. Accouchement de la tête dernière [32]

IV. PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La présentation du siège ne peut pas être considérée comme une présentation normale, cependant la césarienne n'est pas la seule issue de la grossesse. Il est recommandé que chaque maternité dispose de protocoles permettant d'offrir aux patientes dont le fœtus est en siège un accouchement par voie basse lorsqu'elle est éligible. Le choix de la voie d'accouchement dépendra de la décision partagée par la patiente et son obstétricien.

IV.1 Durant la grossesse

Le mode de prise en charge a évolué au cours des dernières décennies, oscillant d'une prise en charge orientée « césarienne d'emblée » [5,33] à une prise en charge de type « accouchement par voie basse » en l'absence de contre-indication [34,35].

Le choix se fera selon plusieurs critères d'évaluation pronostique qui sont pour la plupart des auteurs, de deux ordres [36] : maternel (âge, parité, poids, taille, bassin, grossesse et antécédents), et fœtal (mode de présentation, estimation pondérale, attitude de la tête dernière, malformations éventuelles, maturité).

Ce bilan impose la pratique de certains examens : échographie, scannopelvimétrie (primipare).

Il existe de nombreux scores établis pour évaluer les chances de succès d'un accouchement par voie basse même si actuellement ils ne sont plus utilisés. Ces scores ne peuvent remplacer l'épreuve dynamique du travail, qui est habituellement réalisée après élimination des contre-indications majeures.

Beaucoup de recommandations ont été émis sur l'accouchement en présentation du siège.

- **Recommandations de la FIGO (1994) [37]**
 - Version par manœuvre externe
 - Césarienne d'indication large dans les pays développés

- Conditions draconiennes d'acceptation de la voie basse
- Information de la patiente sur les risques de la voie basse et césarienne à la demande maternelle
- L'absence de facteurs de risques : HTA, RCIU, RPM, macrosomie, bassin anormal, non progression du travail, souffrance fœtale aiguë (SFA)
- Surveillance étroite.

▪ **Recommandations du CNGOF (2000) [23]**

La césarienne systématique n'est pas justifiée et la voie basse doit être acceptée si :

- pelvimétrie normale ;
- absence de déflexion de la tête fœtale ;
- siège décomplété ;
- estimation du poids fœtal entre 2500 et 3800g ;
- compliance maternelle ;

Présentation du siège et césarienne Indications formelles

- anomalies du bassin ;
- gros enfant ;
- déflexion primitive de la tête ;
- utérus cicatriciel ;
- placenta prævia ;
- brièveté congénitale ou cicatricielle du périnée.
- indications relatives
- grande prématurité ;
- souffrance fœtale chronique ;
- primipare âgée, antécédents de stérilité ;
- antécédents de dystocie.

Au total, après un bilan pronostique, la voie basse peut être acceptée pour certaines parturientes et pour d'autres la césarienne systématique s'impose (tableau II). Elle est réalisée soit au voisinage du terme, soit en début de travail, le segment inférieur étant alors mieux formé.

Tableau II : Indications de la césarienne prophylactique

Indications maternels	Indications fœtales	Indications annexielles
- Obésité > 4000g - Pathologie gravidique associé - Anomalies du bassin - Utérus malformé - Utérus cicatriciel - Lésions périnéales - Cardiopathies avec insuffisance respiratoire - Tumeur prœvia - Primiparité âgée	- Déflexion primitive de la tête - Macrosomie > 4000g - Prématuro < 1500g - Hypotrophie avec souffrance fœtale - Diamètre bipariétal > 100mm - Premier jumeau en siège	- Placenta bas inséré - Hydramnios - RPM > 12 heures

IV.2 Pendant le travail [5,34]

Un partogramme permettra de surveiller la dilatation, le rythme du cœur fœtal et les contractions utérines. En cas de stagnation, il faut éliminer une dystocie mécanique puis corriger l'hypocinésie par une perfusion d'ocytocine. La poche des eaux sera respectée jusqu'à dilatation complète.

Il est recommandé de mettre en place une surveillance continue du RCF (enregistrement cardiotocographique) au cours du travail.

L'instauration d'une analgésie péridurale durant le travail a souvent la mauvaise réputation de freiner la dynamique des contractions utérines et de diminuer les efforts expulsifs. Cependant, elle a surtout l'intérêt de bien reposer la parturiente pour qu'elle puisse économiser toutes ses ressources au moment des efforts expulsifs.

L'apparition d'un liquide teinté en cours de travail a la même signification pronostique que s'il s'agissait d'une présentation céphalique. En revanche l'extériorisation de méconium pendant la phase d'expulsion est banale et ne comporte aucune signification péjorative. En cas de procidence du cordon, la césarienne est la seule alternative possible, surtout si cette complication survient avant la dilatation complète. A dilatation complète, chez une grande multipare, l'indication de la grande extraction du siège (GES) peut parfois se justifier de la part d'un opérateur entraîné. Le manque d'expérience impose la césarienne secondaire.

IV.3 Pendant l'expulsion

Une perfusion d'ocytocique est mise en place quand le siège est sur le plancher périnéal et c'est le moment où les efforts expulsifs doivent commencer et se feront pendant les contractions.

Il est important que le mobile fœtal constitue un bloc homogène avec solidarisation de la tête en flexion du tronc et des membres. Il faut donc que la tête fléchie au-dessus du détroit supérieur le reste en abordant le détroit supérieur. Pour cela, il est nécessaire d'éviter les mouvements de tractions sur le fœtus » le siège se pousse mais ne se tire pas ».

L'accouchement doit avoir lieu dans une maternité en présence d'un obstétricien, et avec la disponibilité immédiate d'un anesthésiste et d'un pédiatre [38].

IV.4 Conduite pendant la phase de délivrance

La délivrance est souvent pourvoyeuse d'hémorragies du post partum et sa direction précoce peut considérablement les réduire. Ainsi la tendance actuelle est la GATPA avec l'utilisation de dérivés ocytociques juste après l'accouchement.

V. PRONOSTIC

V.1 Pronostic maternel

La mortalité maternelle liée à la présentation du siège est quasiment nulle dans les accouchements naturels. Par contre la césarienne serait associée à une augmentation du risque de décès en post-partum par rapport à l'accouchement par voie vaginale. En effet, dans une étude réalisée en France entre 1996 à 2000, le risque de décès en post-partum était 3,6 fois supérieures après césarienne par rapport à un accouchement par voie basse.

L'augmentation du risque de décès était liée aux complications anesthésiques, aux infections puerpérales telles que les infections pariétales, iléus paralytiques, péritonites, plaies vésicales et d'autres encore plus lointaines comme les occlusions sur brides et aux accidents veineux thromboemboliques. En revanche, le risque de décès par hémorragie n'était pas significativement augmenté dans cette étude.

Le débat sur le risque augmenté de décès pour les césariennes reste néanmoins vif. Selon certains auteurs, cette augmentation de mortalité liée à la césarienne est plus ou moins importante et le chiffre réel reste difficile à apprécier.

Toutes ces complications maternelles paraissent maintenant si peu acceptables qu'on multiplie les études pour voir s'il n'est pas possible, sans risque accru pour le fœtus, de réduire le taux de césarienne notamment dans les présentations vicieuses [39].

La morbidité est notablement plus élevée, en effet la longueur du travail, la nécessité de manœuvres manuelles, exposent surtout à des lésions des parties molles: déchirure du col, du périnée, qui viennent aggraver cette morbidité principalement chez la primipare. En effet la tête fœtale doit être extraite assez rapidement pour pallier le danger d'asphyxie du fœtus par compression du cordon. Ces déchirures sont en général prévenues dans les cas bien surveillés et bien conduits par la pratique d'une large épisiotomie surtout chez la primipare.

Des complications infectieuses peuvent être favorisées par la rupture prématurée des membranes fréquente dans ce type de présentations

V.2 Pronostic fœtal

La mortalité est variable suivant les statistiques et est beaucoup plus élevée qu'en cas de présentation céphalique, due principalement à trois raisons.

- Une mortalité per-partum directement liée au déroulement de l'accouchement, de la longueur du travail, de la fréquence des mouvements respiratoires intra-utérins : dus principalement à la compression du cordon dans l'excavation au cours de l'expulsion et accessoirement par les manœuvres manuelles où par le refroidissement brusque du corps du fœtus sorti des voies génitales avant. Une étude a trouvé que 16,1% avait un score d'Apgar inférieur à 7 [46] et doivent être réanimés. En plus de ce danger d'asphyxie immédiate le nouveau-né reste exposé, les jours suivants aux accidents pulmonaires et à la broncho pneumonie dite de déglutition enfin la mort peut être le fait d'une compression céphalique ou d'une hémorragie méningée.
- Des morts fœtales in utero, sans cause évidente, dix fois plus fréquentes que dans la présentation du sommet, surtout avant la 36^{ème} semaine [46]. Cette fréquence conforte la notion de fœtus de moindre qualité dans certains cas de présentation du siège.
- Des malformations et anomalies congénitales dont les fréquences sont multipliées par deux dans le siège, et qui entraînent plutôt des morts néonatales.

La morbidité doit être évaluée d'une manière plus large qu'on ne le faisait classiquement. En effet, si la mortalité et la morbidité immédiates diminuent, le pronostic à long terme revêt plus d'importance. Ce qui fait que certains auteurs

pensent qu'il est difficile de mettre toutes les chances de son côté quand on entre dans la vie en reculant [40].

V.2.1 Accidents immédiats

- **Lésions vasculaires**

Elles sont dominées par les hémorragies cérébrales et méningées avec déchirure de la tente du cerveau, résultant d'une hypertension intracrânienne au cours de l'accouchement à rebrousse-poil responsable d'une accumulation de sang dans la partie céphalique. Ce risque est majoré par les manœuvres obstétricales.

- **Asphyxie néonatale sévère**

Elle se manifeste par une détresse respiratoire et une acidose, 10% versus 1% par rapport aux autres présentations et nécessitant une réanimation [15]. Suivant leur importance, ces états peuvent entraîner une mort néonatale, guérir totalement, ou laisser des séquelles (convulsions, retards psychomoteurs, infirmités motrices d'origine cérébrale).

- **Lésions nerveuses périphériques [41]**

La complication nerveuse la plus fréquente est l'atteinte du plexus brachial, ou plutôt, de ses racines supérieures, C5 et C6, avec paralysie du membre supérieur de type ERB-Duchenne. En général, il s'agit d'une élongation des nerfs mais il peut y avoir une rupture et, dans ce cas, la paralysie persiste et nécessite un traitement orthopédique.

Les paralysies du plexus brachial font suite à des manœuvres d'extraction intempestives ou encore à l'accouchement de la tête dernière. Des lésions bulbaires et médullaires cervicales sont parfois observées, et sont souvent liées à une déflexion primitive de la tête fœtale et parfois à des tractions au niveau du cou.

- **Fractures variées**

Des fractures de la clavicule au cours de la manœuvre de Mauriceau, de l'humérus ou du fémur, ou encore un décollement épiphysaire lors de l'abaissement d'un membre quand on le saisit par le milieu de la diaphyse au lieu de son extrémité distale, peuvent être observés [42].

- **Lésions musculaires diverses**

Il s'agit d'hématomes, spécialement du muscle sterno-cléido-mastoïdien, d'écrasements, de contusions intéressant surtout le siège et les membres inférieurs ; ils s'observent surtout chez les prématurés [15].

- **Lésions viscérales exceptionnelles**

Elles concernent le foie, les reins, ou les surrénales. Elles surviennent par pression intempestive sur l'abdomen lors des manœuvres d'abaissement du corps. Une infiltration hématique du testicule peut être observée, favorisant la torsion du testicule chez le nouveau-né de sexe masculin.

V.2.2 Devenir à long terme des enfants

La présentation du siège pourrait être associée à certains cas de déficit en hormone de croissance retentissant sur le développement ante et postnatal, et à un plus grand risque de mort subite inexplicée du nourrisson [43].

Pour les néonatalogistes, cette présentation reste une cause fréquente d'asphyxie périnatale avec toutes ses conséquences en période néonatale et à long terme.

Il apparaît ainsi que le pronostic vital et, plus encore, le pronostic fonctionnel du fœtus, se trouve particulièrement exposé par rapport aux accouchements du sommet, et bien que cette présentation soit loin de la dystocie du front ou de l'épaule, son accouchement se présente comme un accouchement à risque.

Peu d'études ont été publiées sur l'évolution à long terme des enfants nés en présentation du siège. Mais il semble que les anomalies les plus fréquentes

chez ces enfants surtout d'âge scolaire soient essentiellement d'ordre orthopédique et cardiovasculaire.

Certains auteurs pensent d'ailleurs que la présentation podalique est peut-être dans ces cas plus une conséquence d'une maladie fœtale qu'une cause [35]. L'avenir neurologique et l'encéphalopathie anoxo-ischémique sont corrélés à la gravité de la souffrance néonatale. Les grandes lignes sont très schématiquement les suivantes :

- En cas d'état de mal convulsif, les séquelles sévères seront observées dans 40% des cas sous des formes cliniques variées avec des handicaps sévères à type d'infirmité motrice cérébrale, de débilité mentale, de comitialité, de déficit sensoriel et de troubles du comportement [44];
- dans la forme moyenne, les anomalies motrices marqueront souvent la première année avec un coefficient de développement médiocre à deux ans, tandis qu'un handicap moteur léger et des difficultés d'apprentissage marqueront la période scolaire. L'incidence de ces séquelles se situe entre 20 et 30% des cas mais la normalisation complète est très fréquente [44];
- dans la forme mineure, les mêmes séquelles se rencontreront dans un faible pourcentage de cas et sous une forme plus atténuée [44].

La fréquence de ces séquelles justifie-t-elle la césarienne systématique ? A cette question, les études sont très contradictoires. Quoiqu'il en soit, la lecture de la littérature montre que la mortalité et la morbidité maternelles sont majorées par la voie haute. Pour l'enfant, il semble bien que l'augmentation des césariennes au-delà d'un seuil n'apporte pas d'amélioration pronostique. En d'autres termes, si les sièges acceptés par voie basse sont bien choisis, les risques ne seront pas majorés [44].

A blue scroll graphic with a light blue background and a darker blue border. The scroll is unrolled in the center, with the text 'DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE' written in bold black capital letters. The scroll has a small circular tab on the left side and a small circular tab on the right side.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

VI. OBJECTIFS

VI.1 Objectif général

L'objectif général du travail était de déterminer le profil épidémiologique et le pronostic de la présentation du siège.

VI.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient :

- d'étudier la fréquence de l'accouchement en présentation du siège ;
- de décrire les caractéristiques épidémiologique des parturientes ayant une présentation du siège ;
- d'apprécier la voie d'accouchement en le comparant aux autres types de présentation ;
- de déterminer l'issue maternelle et néonatale de l'accouchement du siège.

VII. CADRE D'ETUDE

VII.1 Site de l'étude

VII.1.1 Département de Pikine

Le département de Pikine est l'un des 45 départements du Sénégal et l'un des 4 départements de la région de Dakar. Il est situé à l'Ouest du pays, dans la presqu'île du Cap-Vert (Figure 7).



Figure 7. Carte du Département de Pikine (avant redécoupage administratif du 1^{er} Juin 2021)

Au plan sanitaire, le département de Pikine a une population de 1431216 habitants pour une superficie de 87 km² donnant une densité de 16450 habitants/km². Qui sont répartis dans 4 districts sanitaires que sont Pikine, Mbao, Keur massar et Yeumbeul.

VII.1.2 Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine

Le CHN de Pikine est le fruit de la coopération entre le royaume d'Espagne et la République du Sénégal. Les travaux ont été entamés en 2001 et la réception a eu lieu en 2003. Il est construit dans l'enceinte de l'ex Camp Militaire de Thiaroye et se situe dans la commune d'arrondissement de Guinaw-Rail Nord, à 15 km de la ville de Dakar et à quelques encablures de l'autoroute à péage (**Figure 8 et 9**).



Figure 8. Centre Hospitalier National de Pikine (Image Google, Août 2020)



Figure 9. Situation géographique du CHNP (Image Google Map 2020)

Le CHN de Pikine dispose d'une capacité de cent vingt-deux (122) lits répartis selon les services de la façon suivante (tableau III) :

Tableau III : Capacité d'accueil du CHN de Pikine

Services	Lits théoriques	Lits installés
Médecine interne	27	27
Gynécologie – Obstétrique	32	36
Pédiatrie	36	35
Chirurgie Générale & Spécialités chirurgicales	21	21
Neurologie	6	6
Soins intensifs / Réanimation	8	8
Urgences / SAU	10	10
Dialyse	16	14
Total	150	151

VII.2 Présentation des services

VII.2.1 Service de Gynécologie-Obstétrique

Le service de Gynécologie-Obstétrique est réparti en deux secteurs situés dans les bâtiments III et IV : le Bâtiment III abrite les hospitalisations (5 salles de 5 lits, 5 salles de 2 lits, 1 cabine individuelle) à proximité du service de Pédiatrie ; le Bâtiment IV renferme la salle d'accouchement (12 lits), un coin nouveau-né contigüe au bloc opératoire et à la réanimation. Le personnel est composé de 6 gynécologues dont 2 enseignants de rang magistral, des médecins en spécialisation, une secrétaire, ainsi que 23 sages-femmes et 5 infirmières.

Le service de Gynécologie-Obstétrique a trois vocations : les soins, la formation et la recherche. Les soins dans ce service constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq types :

- les soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence assurés 24 heures sur 24 par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins en cours de

spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes, effectuant des gardes avec des rotations de 8 h à 24 heures ;

- les soins généraux dispensés dans le secteur des hospitalisations. Ils permettent le suivi et la prise en charge des grossesses pathologiques, des accouchées, des patientes opérées et des pathologies gynécologiques ;
- les activités d'échographies gynécologiques et obstétricales, la colposcopie ;
- les consultations externes comportant des consultations pré et post-natales et des consultations gynécologiques, notamment de planification familiale, d'IVA/IVL et de sénologie ;
- les chirurgies programmées sont effectuées sur le recrutement fait aux consultations externes, à raison de 3 à 4 journées opératoires hebdomadaires. Les opérations sont variées et incluent la chirurgie vaginale, la chirurgie endoscopique, la carcinologie gynécologique et mammaire.

La formation dispensée dans le service de gynécologie-obstétrique au CHN de Pikine est à la fois théorique et pratique. Elle cible les médecins en spécialisation, les médecins compétents en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, les étudiants en médecine, les élèves sages-femmes.

Les activités de recherche de Santé de la Reproduction, essentiellement cliniques mais aussi opérationnelles et fondamentales sont orientées vers la maternité à moindre risque, la planification familiale, la santé périnatale, la chirurgie des pathologies gynécologiques et mammaires.

VII.2.2 Service de Pédiatrie - Néonatalogie

Avec 6 pédiatres dont 2 enseignants de rang magistral, ce service d'une capacité de 36 lits a été progressivement submergé par une forte demande de soins périnataux. Cette situation a conduit à la mise en place d'une unité de néonatalogie performante qui a permis au CHN de Pikine d'être un Établissement Public de Santé de niveau 3.

VII.2.3 Bloc opératoire et Anesthésie-Réanimation

Il s'agit de 2 services qui travaillent en étroite collaboration avec celui de la maternité. Le bloc dispose d'une salle pour les urgences obstétricales fonctionnant 24 heures sur 24.

VII.2.4 Service de médecine interne

Dirigé par un enseignant de rang magistral, cette structure est spécialisée en diabétologie, endocrinologie et nutrition. Elle participe effectivement à la prise en charge de pathologies obstétricales associées à la grossesse.

VII.2.5 Autres prestations

En plus des services cités, Le CHN de Pikine dispose d'autres spécialités qui interviennent dans la prise en charge des pathologies gravidiques. Il s'agit de la cardiologie (2), de la neurologie (1), de la néphrologie (2), de la radiologie (1) et du laboratoire d'analyse médicale (2).

VIII. METHODOLOGIE

VIII.1 Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte historique, descriptive et analytique et comparative qui s'est déroulée sur toute l'année 2019 au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine.

VIII.2 Population d'étude

Tous les couples mère/enfant, enregistrés après accouchement dans le service durant la période d'étude, étaient inclus. La définition de l'accouchement retenue, conformément aux directives de l'OMS, est une naissance survenant après 22 SA. La condition nécessaire à l'inclusion de chacun des couples était un enregistrement précis des variables ci-après : le type de présentation, la voie d'accouchement et le devenir immédiat de la mère et de l'enfant.

Les situations cliniques suivantes n'étaient pas incluses dans l'étude :

- mort fœtale in utero du fait d'une perte de masse pondérale ;
- accouchement à domicile.

VIII.3 Collecte de données

Les données étaient recueillies à partir d'un logiciel Filemaker. Les équipes procédaient à un enregistrement quotidien, plus ou moins complet, des dossiers cliniques.

VIII.4 Variables étudiées

- Données relatives à la mère : l'âge, la parité, le poids, et les antécédents
- Données de la grossesse : le terme, l'induction du travail, les pathologies de la grossesse (syndromes vasculorénaux, diabète) et la voie d'accouchement.
- Données de l'accouchement : mode d'admission, présentation, voie d'accouchement.
- Données relatives aux nouveau-nés : le poids, l'état fœtal, et le sexe.

VIII.5 Définition opérationnelle

- Les primipares étaient celles qui venaient pour leur premier accouchement
- Les paucipares étaient celles qui venaient pour leur deuxième ou troisième accouchement
- Les multipares étaient celles qui sont venues pour leur quatrième accouchement.

VIII.6 Exploitation des données

L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 22. Elle comprenait deux parties : l'analyse descriptive et l'analyse analytique.

Dans l'analyse descriptive, les variables qualitatives ont été décrites en effectif, pourcentage et les variables quantitatives en moyenne avec l'écart type, les extrêmes et la médiane.

L'étude analytique consistait en une comparaison des différents types de présentation. Le test de Khi2 était utilisé pour la comparaison de proportion. La différence était statistiquement significative lorsque le p value était strictement inférieur à 0,05. Les Ods entouré de l'intervalle de confiance à 95% permettaient de déterminer la force du lien.

IX. RESULTATS

IX.1 Résultats descriptifs

IX.1.1 Fréquences

Sur un total de 5188 accouchements enregistrés au cours de la période d'étude (du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019) au Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine, nous avons répertorié 332 accouchements en présentation du siège, soit une fréquence de 6,4%.

IX.1.2 Données relatives à la mère

▪ Age

Nous avons réparti l'ensemble de nos parturientes en 4 tranches d'âge. Sur les 332 cas étudiés, 6 parturientes n'avaient pas précisé leur âge (1,8%). Pour les 326 cas restants, la moyenne d'âge était de 28,3 ans avec des extrêmes de 15 et 55 ans, un écart type de 6,43 ; une médiane de 28,5 et un mode de 30 ans. La majorité de nos parturientes (146 soit 44%) appartenait à la tranche d'âge 30-40 ans. Le tableau 4 et la figure 10 résument la répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon l'âge

Tranche d'âge	Nombre	Fréquence %
< 20	38	11,4
[20-30[	141	42,5
[30-40[	146	44
> 40	1	0,3
Indéterminé	6	1,8
Total	332	100

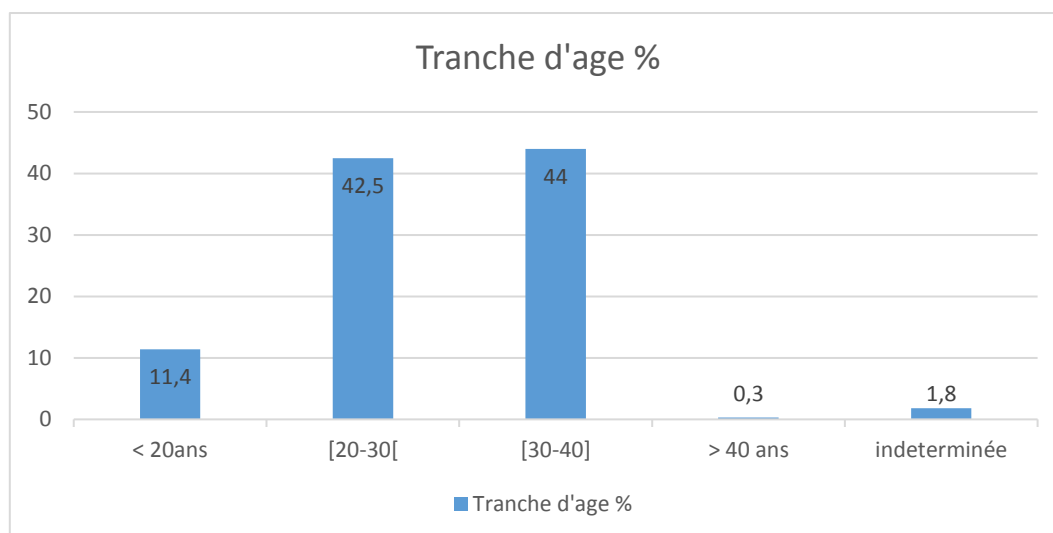


Figure 10. Histogramme montrant la répartition des parturientes par tranche d'âge

▪ Parité

Nous avons réparti l'ensemble de nos parturientes en 3 catégories (primipares, paucipares, multipares)

La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 11. Les patientes étaient majoritairement des multipares avec un taux de 50%.

La figure 11 résume la répartition des parturientes selon la parité.

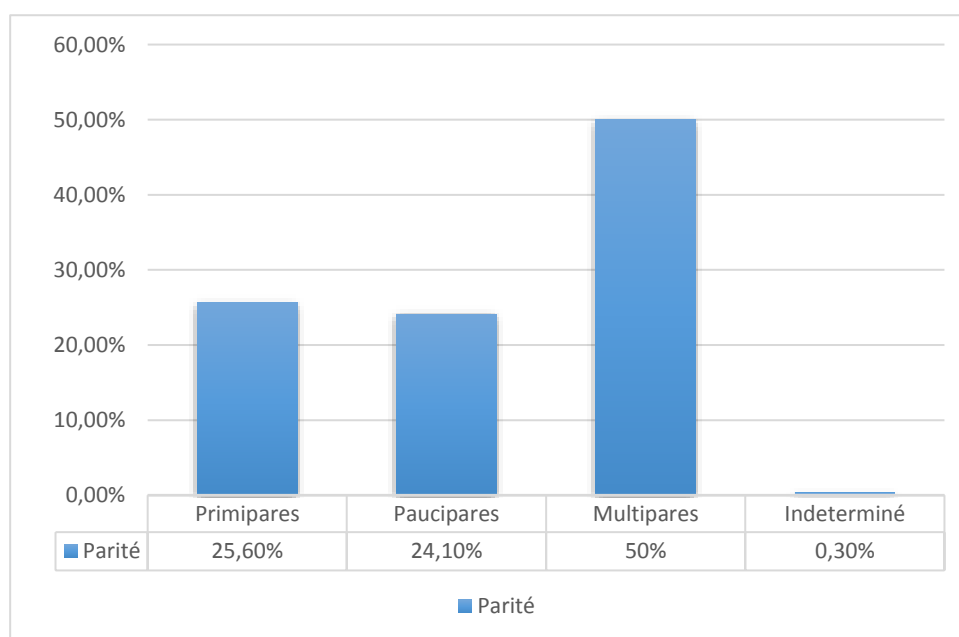


Figure 11. Répartition des parturientes selon la parité

Dans notre série d'étude, la taille des parturientes n'a pas été uniformément notifiée sur les dossiers d'accouchement.

▪ **Antécédents médico-chirurgicaux**

Dans notre population d'étude, 16 patientes (4,7%) présentaient un diabète gestationnel, une était drépanocytaire SS et 37 femmes (11%) ont subi une césarienne antérieure. Aucune patiente n'avait un antécédent de malformation utérine mais 3 (0,9%) avaient un utérus myomateux.

IX.1.3 Histoire de la grossesse

▪ **Consultations prénatales (CPN)**

Plus de la moitié de nos gestantes (64,5%) avait effectué au moins 4 CPN. Le nombre moyen de CPN était de 3,57 avec des extrêmes de 0 et 8. Aucune des patientes n'a bénéficié d'une exploration radiologique du bassin (Radiographie du contenu utérin, radiopelvimétrie/ scannopelvimétrie).

▪ **Terme de la grossesse**

Dans notre étude la majorité des patientes étaient à terme (70,5%).

Le tableau V résume la répartition des patientes selon le terme.

Tableau V : Répartition des parturientes selon le terme de l'accouchement

Terme	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pré-terme	77	23,2%
Terme	234	70,5%
Post-terme	21	6,3%
Total	332	100%

▪ **Pathologies observées au cours de la grossesse**

Elles étaient dominées par la rupture prématurée des membranes avec 19 cas, suivies par la prééclampsie (18 cas) et le placenta prævia (4 cas).

IX.1.4 Données de l'accouchement

IV1.4.1. Données clinique à l'admission

▪ Mode d'admission

Dans notre population d'étude, 206 parturientes (62%) étaient venues d'elle-même (VEM), contre 126 parturientes (38%) référées à partir d'autres structures sanitaires. La figure 12 résume la répartition des patientes selon le mode d'admission.

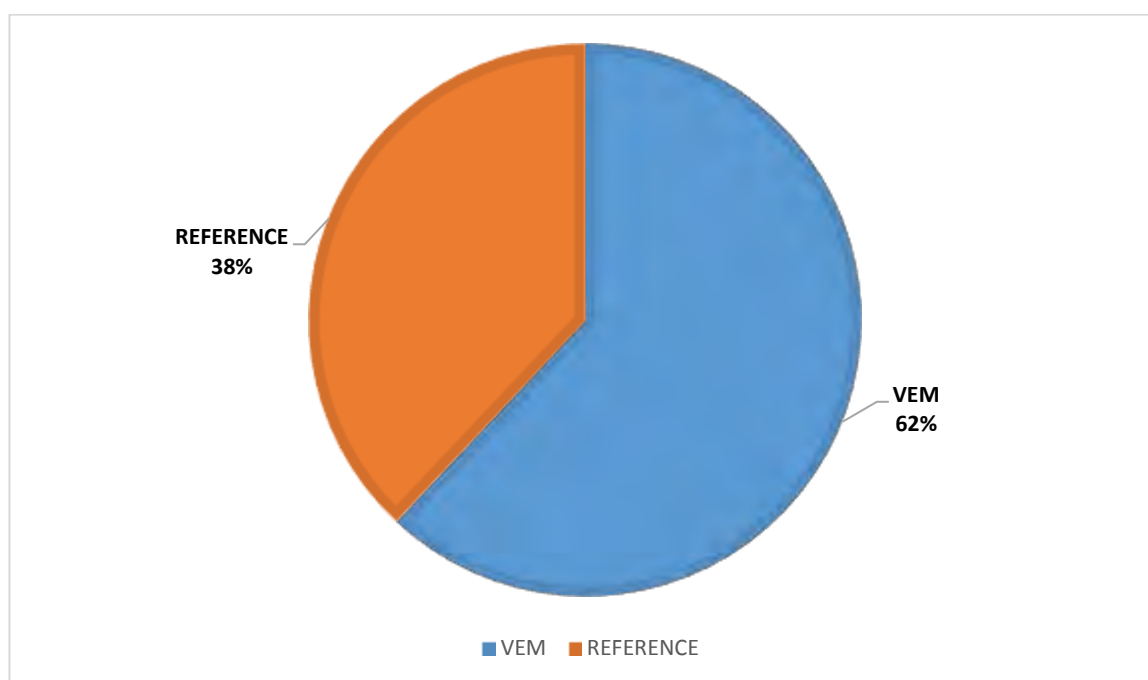


Figure 12. Répartition des parturientes selon le mode d'admission

▪ État du col et des membranes

Seule une patiente était reçue après son accouchement. La majorité des parturientes (38,8%) était reçue en phase de latence du travail alors que 37% étaient en phase active et 22,3% non en travail.

L'aspect des membranes a pu être apprécié chez 326 parturientes (97,6%) et dans la majorité des cas (58,1%), les membranes étaient intactes à l'admission contre 39,5% de membranes rompues. Le liquide amniotique était clair dans la

majorité des cas (77,2%), teinté verdâtre chez 5,4%, méconial chez 3,3%, et hématurique chez une parturiente (0,3%).

La figure 13 reflète l'état des membranes à l'admission.

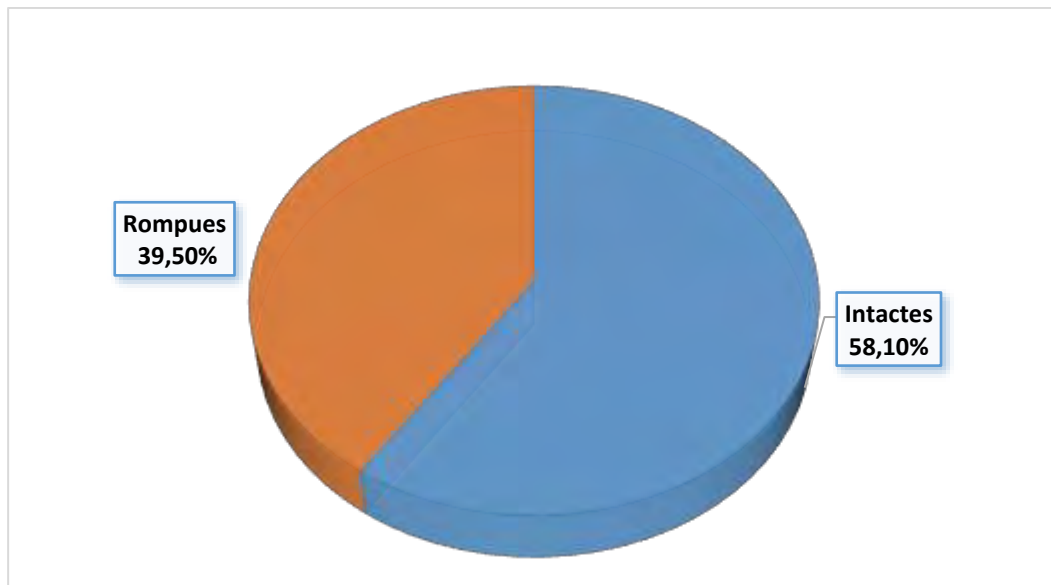


Figure 13. Etat des membranes à l'admission

- **Vitalité fœtale**

Chez 91,8% des parturientes, les bruits du cœur fœtal (BDCF) étaient perçus à l'admission.

- **Mode de présentation**

La répartition de nos patientes selon le mode de siège a permis de noter 56,4% de mode complet et 43,6% de mode décomplété.

La figure 14 résume la répartition des patientes selon le mode de siège.

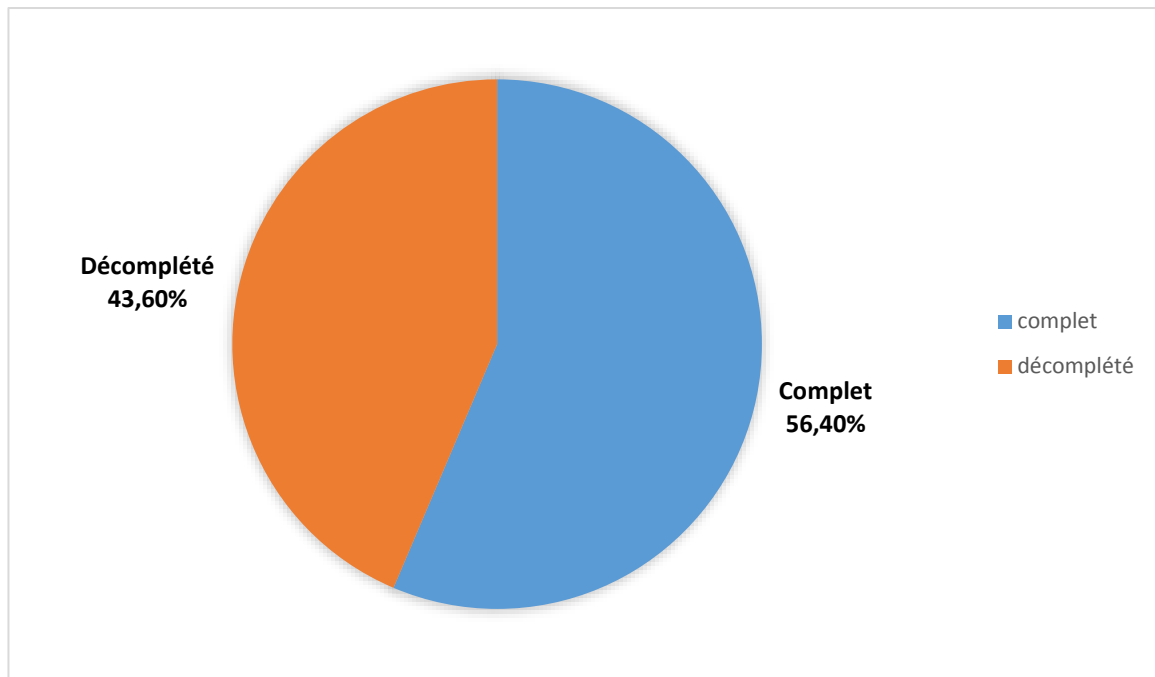


Figure 14. Répartition des parturientes selon le mode de siège

▪ Résultats de la pelvimétrie clinique

Le bassin maternel était jugé cliniquement normal chez 93,6% de nos patientes contre 6,4% de bassin pathologique dont 5,2% de bassin limite et 1,2% de bassin chirurgical.

IV.1.4.2. Voie de l'accouchement

▪ Voie basse

Dans notre série, sur les 332 cas de présentation de siège, l'accouchement par voie basse était réalisé pour 146 parturientes (44%).

La durée du travail à compter de l'admission a dépassé les 12 heures dans 9 accouchements (6,1%) par voie basse.

Une épisiotomie était réalisée chez 26 parturientes (17,8%) pour faciliter l'expulsion et une déchirure était notée chez 19 patientes (13%). Toujours dans le cadre de l'expulsion, 2 de nos parturientes (1,3%) avaient bénéficié de manœuvres

d'extraction fœtale et une ventouse obstétricale était réalisée chez 1 parturiente (0,6%).

▪ **Voie haute**

Dans notre population d'étude, 186 parturientes (56%) avaient bénéficié d'une césarienne dont 1,5% de césariennes programmées et 54,5% de césariennes en cours de travail.

La présentation de siège sur grossesse gémellaire avec J1 en siège était l'indication de césarienne la plus fréquente avec une fréquence de 15% (28 parturientes) des césariennes, suivie par la présentation du siège sur utérus cicatriciel avec une fréquence de 12,9% (24 parturientes) des césariennes.

Dans le tableau VI nous avons relaté les différentes indications notées dans notre série d'étude.

Tableau VI : Indications de césarienne

Indications	Nombre	Pourcentage(%)
Maternelles		
Utérus cicatriciel	24	7,2
Primi-siège	21	6,3
Prééclampsie	18	5,4
Bassin limite	17	5,1
Diabète gestationnel	5	1,5
Bassin transversal	4	1,2
Myomatose utérine	4	1,2
Drépanocytose SS	1	0,3
Foeto-annexielles		
J1 en siège	28	8,4
RPM	10	3
SFA	9	2,7
Dépassement de terme	8	2,4
Procidence du cordon	5	1,5
Placenta prævia	4	1,2
Dilatation stationnaire	4	1,2
Macrosomie	3	0,9
Déflexion de la tête	3	0,9
RCIU	2	0,6
Défaut d'engagement	2	0,6
Hydrocéphalie	2	0,6
Circulaire du cordon	2	0,6
Défaut d'expulsion	1	0,3
Rétention de J2	1	0,3
Procidence de membre	1	0,3
Oligoamnios	1	0,3
Autre (prophylaxie)	5	1,5
Total	186	56%

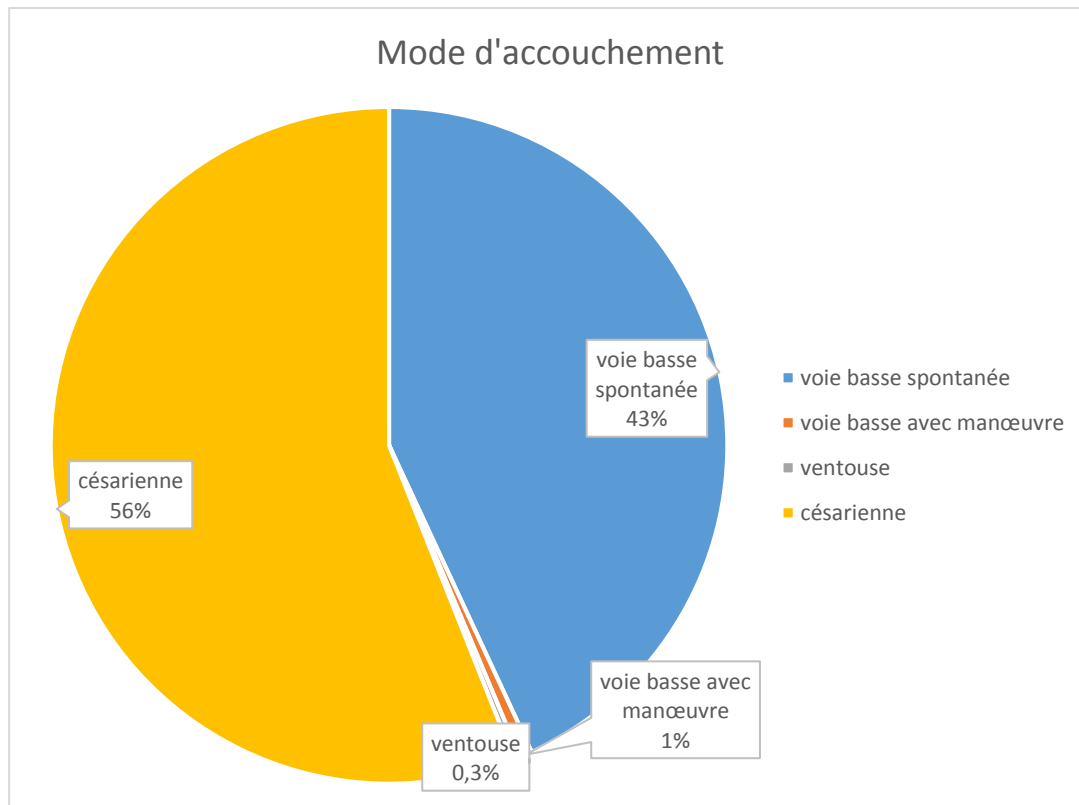


Figure 15. Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

IX.1.5 Données néonatales

▪ Etat fœtal à la naissance

Afin de juger de l'état des nouveau-nés à la naissance, nous avons choisi comme critère le score d'Apgar à la première minute (M1) et à la cinquième minute (M5).

En prenant comme critère de morbidité un score d'Apgar inférieur à 7, nous constatons qu'à la naissance, la majorité des nouveau-nés, 239 (72 %) avaient un bon score d'Apgar (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apdar à M1 et M5

Score d'Apgar	M1		M5	
	Effectifs	pourcentage	Effectifs	pourcentage
[0-3]	40	12%	35	10,5%
[4-6]	53	16%	17	5,2%
[7-10]	239	72%	280	84,3%
Total	332	100	332	100%

▪ Poids de naissance

Dans notre série d'étude, le poids de naissance moyen était de 2530,5 g avec des extrêmes de 300 et 4500 g, une médiane de 2600 et un mode de 2700g.

A la naissance 36,7% des nouveau-nés avait un faible poids de naissance. Dans le tableau VIII nous avons réparti les nouveau-nés en fonction de leur poids de naissance.

Tableau VIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids fœtal.

Poids nouveau-nés	Effectifs	Pourcentage %
< 2500	122	36,7
[2500-4000[	198	59,6
≥ 4000	8	2,4
Indéterminé	4	1,2
Total	332	100

- **Sexe des nouveau-nés**

Les nouveau-nés étaient majoritairement de sexe masculin avec un taux de 51,8% contre 48,2% de féminin..

IX.1.6 Pronostic de l'accouchement

- **Pronostic maternel**

Aucun décès maternel n'a été enregistré.

La morbidité maternelle était marquée par 19 cas de déchirure périnéale simple (5,7%).

- **Pronostic néonatal**

Pour 83 nouveau-nés (25%) une réanimation était effectuée ; les suites étaient simples. Aucun cas de traumatisme n'a été rapporté dans notre série.

Nous avons dénombré 28 cas de décès néonatal. La mortalité périnatale globale était de 84 pour 1000 naissances, répartie comme suit :

- 16 cas de mort néonatale précoce ;
- 12 cas dont la cause n'a pas pu être déterminée.

Nous avons exclu les 12 cas pour lesquels la cause de décès n'était pas liée directement au déroulement de l'accouchement ou au type de la présentation. La mortalité périnatale corrigée concernait donc 16 nouveau-nés, soit une fréquence de 48 pour 1000 naissances, ce qui correspond à une létalité en présentation de siège de 4,8 %.

IX.2 Résultats Analytiques

IX.2.1 Mode de siège

▪ Lien entre le mode d'accouchement et la parité

Nous avons constaté que quelle que soit la parité, le mode complet était le plus fréquent. Cependant la différence n'était pas significative $p=0,157$.

Le tableau IX relate la fréquence du mode d'accouchement en fonction de la parité.

Tableau IX : Parité et mode de siège

	Mode de siège		p
	Complet %	Décomplété	
Primipares	55,3%	44,7%	0,157
Paucipares	55%	45%	
Multipares	59%	41%	

▪ Lien entre le mode siège et Mode d'accouchement

Le recours aux manœuvres obstétricales et à la césarienne était plus fréquemment constaté dans l'accouchement du siège en mode décomplété. Cependant la différence n'était pas significative $p=0,27$ (tableau X).

Tableau X :² Mode d'accouchement selon le mode de siège

Mode d'accouchement	Mode de siège		p Value
	Complet %	Décomplété %	
Voie basse spontanée	44,7	40,8	0,27
Voie basse assistée	0,5	1,4	
Césarienne	54,7	57,7	

IX.2.2 Mode d'accouchement

- **Lien entre le mode d'accouchement et les paramètres maternels**

- **Age maternel**

Le plus fort taux d'accouchements par voie basse spontanés (AVBS) (53,9%) a été noté pour les âges de moins de 20 ans ainsi que pour les accouchements par voie basse assistés (AVBA) avec 2,6%. Le taux le plus élevé de césariennes s'observait pour les âges supérieurs à 30 ans, avec 65,6% (tableau XI). Cependant, l'analyse statistique de ces résultats n'a pas montré de différence significative $p=0,27$.

Tableau XI : Lien entre mode d'accouchement et âge maternel

Age maternel	Mode d'accouchement			
	Voie basse spontanée %	Voie basse assistée %	Césarienne	
< 20 ans	53,9	42,6	44,3	
[20-30 ans[	41	0,7	59,3	0,27
> 30 ans	34,5	0,7	65,6	

- Parité

Le taux d'AVBS augmentait avec la parité : il était de 25,9% chez les primipares, et de 50,6% chez les multipares. Pour les AVBA, la proportion était sensiblement la même entre primipares et multipares. Les accouchements par césariennes étaient plus fréquents chez les primipares avec 72,9% contre 48,7% chez les paucipares, et 48,1% chez les multipares (tableau XII). Cependant, cette différence n'était pas significative $p=0,08$.

Tableau XII : Lien entre le mode d'accouchement et la parité

	Mode d'accouchement			p
	Voie basse spontanée %	Voie basse assistée %	Césarienne	
Primipares	25,9	1,2	72,9	
Paucipares	51,3	00	48,7	0,08
Multipares	50,6	1,3	48,1	

- **Lien entre le mode d'accouchement et paramètres fœto-annexiels**
 - **Age gestationnel**

L'accouchement des nouveau-nés prématurés était spontané par voie basse dans 51,7% des cas (tableau XIII). La césarienne et les manœuvres d'extraction étaient plus pratiqués chez les nouveau-nés à terme et ceci avec une différence statistiquement significative ($p = 0,008$).

Tableau XIII : Lien entre âge gestationnel et mode d'accouchement

Age gestationnel	Mode d'accouchement			
	Voie basse spontanée %	Voie basse assistée %	Césarienne (%)	
< 37 SA	51,7	00	48,3	
> 37 SA	34,8	1,3	63,7	0,008

- **Rupture prématurée des membranes**

Nous constatons que les accouchements spontanés ou assistés étaient plus fréquents lorsqu'il existait une rupture des membranes, avec des taux respectifs de 53,7% et 1,6%, contre 32,4% et 0,6% pour les cas avec membranes intactes. La césarienne s'observait surtout lorsque les membranes étaient intacts 67,1% contre 44,6% et ceci avec une différence statistiquement significative $p = 0,009$.

Tableau XIV : Fréquence des modes d'accouchement en fonction de l'état des membranes

État des membranes	Mode d'accouchement			p
	Voie basse spontanée %	Voie basse assistée %	Césarienne (%)	
Intactes	32,4	0,6	67,1	
Rompues	53,7	1,6	44,7	0,009

- **Lien entre le mode d'accouchement et le poids de naissance**

- **Poids de naissance**

Nous constatons que les taux les plus élevés d'AVBS s'observaient pour des poids de naissance inférieurs à 2500 g et que ces taux diminuaient avec le poids fœtal. Pour les césariennes, leurs taux augmentaient avec le poids de naissance : les taux les plus élevés concernaient les poids de naissance supérieurs ou égaux à 4000 g avec 62,5%. Cependant, il n'existait pas différence statistiquement significative.

Tableau XV : Poids de naissance et mode d'accouchement

Poids de naissance	Mode d'accouchement			p
	Voie basse spontanée %	Voie basse assistée %	Césarienne	
< 2500	46,7	2,4	50,8	0,35
[2500-4000[	40,9	00	59,1	
>= 4000	37,5	00	62,5	

IX.2.3 Pronostic néonatal

- **Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres maternels**

- **Age maternel**

Les taux les plus élevés de score d'Apgar bas (< 7) à M1 et M5 étaient constatés chez les patientes de moins de 20 ans : 43,2% à M1 et 21,7% à M5. Et la tranche d'âge [20-30[avait les meilleurs scores d'Apgar (tableau XVI) avec une différence statistiquement significative à M1 ($p=0,009$).

Tableau XVI : Age maternel et score d'Apgar à M1 et M5

	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥7 (%)	< 7 (%)	≥7 (%)
< 20 ans	43,2	56,8	21,7	78,3
[20-30 ans [	16,6	83,4	11,9	88,1
>= 30 ans	23,6	76,4	14,9	85,1
P	0,009		0,27	

- Parité

Les scores d'Apgar supérieurs ou égaux à 7 étaient beaucoup plus observés chez les patientes paucipares ; tandis que les faibles scores d'Apgar (< 7) étaient le plus souvent retrouvés chez les multipares, mais la différence n'était pas significative (tableau XVII).

Tableau XVII : Parité et score d'Apgar à M1 et M5

	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥7 (%)	< 7 (%)	≥7 (%)
Primipares	27	73	13,3	86,7
Paucipares	25	75	22,3	87,7
Multipares	30,2	69,8	23,9	76,1
P	0,96		0,98	

▪ **Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres fœtaux**

- **Poids du nouveau-né**

La proportion de nouveau-nés avec des scores d'Apgar ≥ 7 était plus élevée pour des poids supérieurs à 4000g tandis que la plus grande proportion de scores d'Apgar < 7 s'observait pour des poids fœtaux inférieurs à 2500 g et la différence était statistiquement significative (tableau XVIII).

Tableau XVIII : Poids de naissance et score d'Apgar à M1 et M5

Poids de naissance	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥ 7 (%)	< 7 (%)	≥ 7 (%)
< 2500	36	63	24	76
$[2500-4000[$	23,5	76,5	9,6	90,4
≥ 4000	21,3	69,8	00	100
P	0,03		0,000	

- **Mode de siège**

En cas de siège décomplété, le score d'Apgar à M1 et M5 était meilleur par rapport au siège complet, sans que la différence n'ait été significative (tableau XIX).

Tableau XIX : Mode siège et score d'Apgar à M1 et M5

Mode de siège	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥ 7 (%)	< 7 (%)	≥ 7 (%)
Complet	30,9	69,1	14,3	83,7
Décomplété	24,6	75,4	8,2	91,8
P	0,071		0,246	

- **Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres obstétricaux**
 - **Age gestationnel**

Le score d'Apgar ≥ 7 à M1 et M5 était plus fréquemment retrouvé quand le terme de la grossesse était ≥ 37 SA par rapport aux grossesses non à terme (<37 SA) avec une différence statistiquement significative à M5 (tableau XX).

Tableau XX : Age gestationnel et score d'apgar à M1 et M5

Mode de siège	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥ 7 (%)	< 7 (%)	≥ 7 (%)
Complet	35,7	64,3	28,6	71,4
Décompleté	14,3	85,7	7,1	92,9
P	0,07		0,04	

- **Etat des membranes**

Dans notre série, le pronostic était moins bon lorsqu'il y'avait une rupture prématurée des membranes (tableau XII) : score d'Apgar < 7 de 28,3% à M1 contre 16% à membranes intactes et à M5, elle était de 10% contre 6,3% à membranes intactes avec une différence statistiquement significative à M1.

Tableau XXI : État des membranes et score d'Apgar à M1 et M5

État des membranes	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥ 7 (%)	< 7 (%)	≥ 7 (%)
Intactes	16	84	6,3	93,7
Rompues	28,3	71,7	10	90
P	0,011		0,241	

▪ **Lien entre le pronostic néonatal et les paramètres de la parturition**

- **Durée du travail**

Le score d'Apgar était meilleur quand la durée du travail était < 12 heures. La proportion de score d'Apgar < 7 (critère de morbidité) à M1 et M5, était plus élevée quand la durée du travail dépassait 12 heures. . Cependant, cette différence n'était pas significative (tableau XXII).

Tableau XXII : Durée du travail et Score d'Apgar à M1 et M5

Durée du travail	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥7 (%)	< 7 (%)	≥7 (%)
< 12 heures	17,1	84,9	13,9	86,1
12-24 heures	52,1	47,9	25,3	74,7
Césarienne d'urgence	21,8	78,2	16,2	83,4
P	0,39		0,41	

- **Mode d'accouchement**

Les scores d'Apgar supérieurs ou égaux à 7 à M1 et à M5, étaient beaucoup plus observés pour la césarienne et l'AVBA. Le pronostic fœtal était moins bon pour l'accouchement par voie basse spontané avec une différence statistiquement significative.

Tableau XXIII : Mode d'accouchement et Score d'Apgar à M1 et M5

Mode d'accouchement	Apgar à M1		Apgar à M5	
	< 7 (%)	≥7 (%)	< 7 (%)	≥7 (%)
Césarienne	17,4	82,6	10,2	89,8
Voie basse spontanée	33,4	66,2	16,2	73,8
Voie basse assistée	31,3	68,7	00	100
P	0,023		0,049	

X. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

X.1 Paramètres généraux

X.1.1 Fréquence

La fréquence de la présentation du siège dans la plupart des séries oscille entre 2 et 6 % [35,45]. Dans notre série, cette fréquence était de 6,4%, supérieure aux taux rapportés de manière générale dans la littérature (voir tableau XXIV). D'autres études réalisées au Sénégal rapportent des taux moins élevés : Fanseyini [17] rapportait en 2017 une fréquence de 1,38%, tandis que Mouhamed [18] retrouvait une fréquence de 3,65% en 2015.

Tableau XXIV : Fréquence globale de la présentation du siège

Auteurs	Pays	Année	Fréquence (%)
Farid	Sénégal	1992	5,4
Dubois	France	1995	2,76
Herbst	Suède	2000	3,4
Kone	Mali	2005	2,74
Bentahir	Sénégal	2009	3,95
Olivier	Congo	2011	2,5
Mayi-Tsonga	Gabon	2012	1,74
Gannarg	France	2013	1,8
Mouhamed	Sénégal	2015	3,65
Fanseyini	Sénégal	2017	1,38
Charlotte	France	2019	2,8
Notre série	Sénégal	2019	6,4

Ce taux élevé s'expliquerait par le fait que nous avons inclus les grossesses multiples et les accouchements prématurés qui sont fréquemment associés à la présentation du siège et que le Centre Hospitalier National de Pikine reçoit

beaucoup de références de grossesses pathologiques et d'évacuations (33% des admissions durant l'année 2019).

X.1.2 Age maternel

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 28,3 ans avec des extrêmes de 15 et 55 ans. Les tranches d'âge les plus représentées se situaient entre 20 et 30 ans. Nos résultats sont comparables à ceux trouvés dans les travaux de certains auteurs : Fanseyne [17] qui rapportait un âge moyen de 26,5 ans, avec des extrêmes de 15 et 48 ans. Descargues qui retrouvait un âge moyen de 26,7 avec des extrêmes de 17 et 47 [46]. A la question de savoir si l'âge maternel a une quelconque influence sur la survenue de la présentation du siège, les avis sont divergents. La plupart des auteurs considèrent l'âge maternel comme un facteur indirect de survenue de la présentation du siège. Dans une étude comparative menée au Congo [20] dont les résultats sont aussi similaires aux nôtres (moyen 29 et extrême 16 à 45 ans), la comparaison d'âges moyens des accouchées et celle des tranches d'âge ne montre pas de différence entre les accouchées en présentation du siège et celles en présentation de sommet. Le risque de présentation du siège ne serait donc pas lié à l'âge maternel.

X.1.3 Parité

Dans notre série, 50% des parturientes étaient des multipares. Mouhamed [18] dans une étude réalisée en 2015 au CSPMS avait aussi noté une prédominance des multipares soit 54,2%. Par contre d'autres études menées aussi au Sénégal ont retrouvé une prédominance chez les primipares : Bentahir [8] 53,% et Fanseyne [17] 60% de primipares (tableau XXV).

La fréquence de la présentation du siège varie avec la parité, elle est nettement plus élevée aux parités extrêmes [30] et ceci est confirmé dans notre série.

Classiquement le trouble de l'accommodation chez la multipare du au relâchement des parois utérines expliquent la survenue des présentations du siège chez celle-ci. Dans une cavité très vaste et complaisante toutes les accommodations sont possibles ce qui explique le taux relativement élevé des présentations du siège chez ces multipares

Tableau XXV : Fréquence du siège selon la parité

Auteurs	Pays	Année	Parité	
			Primipares	Multipares
Farid [29]	Sénégal	1992	25,6	30,9
Kabous [47]	Maroc	2003	48,4	05,09
Kone [48]	Mali	2005	39,2	15,8
Samia [49]	Maroc	2006	53,5	08
Bentahir [8]	Sénégal	2009	41,8	14,2
Mouhamed [18]	Sénégal	2015	45,8	54,2
Fanseyni [17]	Sénégal	2017	60	17
Notre Série	Sénégal	2019	25,6	50

X.1.4 Type de siège

Nous avons retrouvé 42,8% de siège en mode décomplété contre 57,2% en mode complet. Dans la littérature, la prédominance classique en terme de fréquence du mode décomplété sur le mode complet n'a pas été retrouvée dans notre série. Mais les résultats d'autres études menées au Sénégal et ailleurs (tableau XXVI) rejoignent ceux de la littérature avec des taux de mode décomplété plus élevés allant jusqu'à doubler ceux du mode complet (voir tableau ci-après).

Tableau XXVI : Fréquence selon le mode de siège.

Auteurs	Pays	Année	Mode de siège (%)	
			Complet	Décomplété
Farid [29]	Sénégal	1992	43,3	56,6
Dubois [15]	France	1995	29	71
Kone [48]	Mali	2005	54,6	45,4
Bentahir [8]	Sénégal	2009	32	68
Olivier [20]	Congo	2011	40	60
Mouhamed [18]	Sénégal	2015	44,4	57,6
Fanseyni [17]	Sénégal	2017	40	60
Notre série	Sénégal	2019	57,2	42,8

X.2 Facteurs étiologique

X.2.1 Maternel

▪ Age et parité

Dans la littérature, la présentation du siège est plus fréquente avant l'âge de 25 ans, et après l'âge de 40 ans [50] ; ceci a été retrouvé en partie dans notre série avec une prédominance accrue du groupe de femmes âgées de 20 à 30 ans.

Dans notre série, 25,4% des parturientes étaient des primipares et 50% étaient des multipares. La primiparité est connue pour être un facteur favorisant la présentation du siège, ceci pouvant être expliqué par la tonicité de l'utérus chez la primipare. Certains utérus sont étroits et cylindriques et leur paroi manque de souplesse [51]. Par ailleurs, chez les grandes multipares, ce sont les troubles de l'accommodation dus au relâchement des parois utérines qui expliquent la

survenue des présentations du siège chez celles-ci. Dans une cavité très vaste et complaisante, toutes les positions sont possibles.

▪ **Les malformations utérines**

Les malformations utérines qui peuvent être congénitales ou acquises, constituent classiquement des facteurs favorisant de la présentation du siège. Des études faites sur des femmes ayant une malformation utérine (utérus : licorne, bicorne, cloisonnée, didelphes) révèlent une fréquence de présentation du siège de plus de 40% chez ces femmes [52,53].

Dans notre série, aucune malformation utérine n'a été rapportée. Idem pour Fanseyni [17] et Bentahir [8], mais retrouvée dans d'autres études : Dumont [54] estime la fréquence à 3,06%, alors que Dubois [15] l'estime à 5%.

▪ **Fibrome utérin**

Ce facteur a été retrouvé chez 04 de nos parturientes, soit une fréquence de 1,2%. Le fibrome utérin déforme la cavité utérine et altère la valeur fonctionnelle du myomètre empêchant ainsi la culbute physiologique.

▪ **Anomalies du bassin**

Dans notre série, nous n'avons pu évaluer que cliniquement les bassins, aucune exploration radiologique n'ayant été faite. Néanmoins en cas de présentation du siège, la radio-pelvimétrie doit être systématique, quels que soient la taille, la parité, et les antécédents, afin de s'assurer de la normalité des dimensions et de la forme du bassin. C'est une condition indispensable pour envisager un accouchement par les voies naturelles, mais elle doit être confrontée au poids estimé du fœtus.

Dans notre population d'étude, nous avons relevé 1,2% de bassin transversalement rétréci. Cette fréquence est de 3% pour Bentahir [8] ; de 1,81% pour Abassi [55]; de 3,82% pour Kabous [47] et 6% pour Fanseyni [17].

X.2.2 Facteurs fœtaux

▪ Prématurité

Dans notre étude, le taux d'accouchements prématurés était de 23,2%, comparable à celui de Auzelle [56] qui lors d'une étude portant sur 2106 sièges, retrouvait un taux de prématurité de 20%. D'autres auteurs ont retrouvé un taux plus élevé, Méyé retrouvait 33,5% [57] et Farid retrouvait 38,7%. Dellenbach a rapporté sur une série de 1000 grossesses suivies échographiquement :

- 27,1% de sièges à 26 semaines d'aménorrhée,
- 14,5% de sièges à 32 SA, et
- 1,4% de sièges au-delà de 37 SA.

Il émanait de cette étude un constat : plus on se rapproche du terme, plus le taux de présentation du siège diminue.

Le dépistage et le traitement de la prématurité devraient faire diminuer le nombre des accouchements par siège [58].

▪ Gémellité

Le mode d'accouchement des grossesses gémellaires en fonction des présentations des jumeaux est un sujet à controverse dans la littérature, qui bascule entre des recommandations de césariennes systématiques quand le premier jumeau est en siège pour l'American College of Obstetricis and Gynecologists [59,60] et des attitudes beaucoup plus conservatoires en faveur de la voie basse pour le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français qui a publié des recommandations pour la pratique clinique. La voie basse était recommandée si le premier jumeau était en présentation céphalique et quelle que soit la présentation du deuxième jumeau. De même, si le premier jumeau était en siège avec un poids estimé supérieur à 1500 g [60,61].

En 2020, une étude menée sur des grossesses gémellaires avec premier jumeau en siège, a conclu que l'accouchement vaginal n'était pas associé à une mortalité et une morbidité néonatales plus élevées qu'en cas de césarienne planifiée [62].

Il faut préciser que si la présentation du premier jumeau est le plus souvent le déterminant de la voie d'accouchement car la présentation spécifique de J1 en siège et de J2 en céphalique peut conduire à l'accident gravissime qu'est l'accrochage des mentons, c'est l'extraction du deuxième jumeau, souvent en présentation non céphalique, qui est réellement problématique et à risque.

Dans notre série, la gémellité représente 39,7% des facteurs fœtaux favorisant la présentation de siège, 72,3% ont accouché par voie basse et 27,7% ont accouché par césarienne dont 77% pour premier jumeau en siège.

La plupart des auteurs [51,63–66] excluent la grossesse gémellaire de leurs études, ce qui nous renseigne peu sur son taux et sa modalité d'accouchement dans la littérature.

▪ **Malformation**

Des malformations diverses et variées peuvent survenir dans la présentation du siège, particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, tumeurs...), ou son activité (Spina bifida, trisomie 13 et 18) gênant ainsi la culbute fœtale.

L'incidence des malformations est beaucoup plus importante en cas de présentation du siège (6%) que dans la présentation céphalique (2%) [27,67].

Dans notre série, nous avons relevé 2 cas de malformations fœtales soit 0,6%, taux inférieur par rapport à la littérature : 6,4% pour Broche [68] et 7,6% pour El Bakkali [67].

X.2.3 Facteur ovulaire

▪ Insertion basse du placenta

Dans la littérature, on impute aux anomalies d'insertion placentaire dont la plus fréquente est le placenta prævia [67], la responsabilité d'empêcher la bascule du fœtus (il peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale) [69].

Dans notre série, nous avons relevé 4 cas de placenta prævia, soit 1,2%, taux superposable à la fréquence retrouvée chez certains auteurs comme Abassi [55] avec 0,94% et Kabous [47] avec 1,91%.

▪ Anomalies du cordon ombilical

Les anomalies du cordon peuvent être soit essentielles ou secondaires à des circulaires ou bretelles. Ces anomalies empêchent la bascule du fœtus et entraînent une difficulté lors de l'engagement.

Dans notre série, nous avons relevé 2 cas de circulaire du cordon, soit 0,6%, comparable aux résultats de Lagrange [66] qui a trouvé un seul cas circulaire du cordon sur 200 accouchements par le siège, soit une fréquence de 0,5%.

▪ Anomalies du liquide amniotique

L'excès, tout comme le défaut du liquide amniotique, peut intervenir directement dans la genèse d'une présentation du siège, mais il faut toujours rechercher une malformation fœtale associée qui peut être responsable d'une modification du liquide amniotique [70].

Dans notre série, nous avons noté un cas d'oligoamnios soit 0,3% et pas de cas d'hydramnios, résultat inférieur aux données de la littérature [66,67] ; mais ceci à prendre avec circonspection du fait de la nature rétrospective de notre travail.

X.3 Mode d'accouchement

X.3.1 Accouchement par voie basse

V.3.1.1. Fréquence

Dans notre population d'étude, le taux d'accouchement par voie basse était de 44%. En comparant ce taux à ceux des maternités du pays nous constatons qu'il est inférieur à ceux de Fanseyni [17] et Bentahir [8] qui rapportent des taux respectifs de 69% et de 61. Et qu'il reste également inférieur à ceux de Buambo-Bamanga [71] Brazzaville (Congo), et Mouchit [72] à Settat (Maroc), qui rapportent des taux respectifs de 88,1% et de 94,3%. Il est superposable aux taux enregistrés par Méyé [57] au CHU de Libreville (Gabon), et Ben Aissia [1] au CHU de Morsa (Tunisie) qui sont respectivement de 48,8% et 41,1% et aux taux relevés dans la littérature occidentale où la fréquence des accouchements par voie basse dépasse rarement 50% [73–76].

V.3.1.2. Critères de choix de la voie basse

Plusieurs auteurs ont été amenés à établir un bilan pronostic pour sélectionner, parmi les présentations de siège, celles qui sont justifiables d'une césarienne d'emblée et celles qui semblent autoriser la voie basse.

Suzanne [77], a déterminé les critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation de siège qui tiennent compte de l'âge, la parité, le terme, la position de la tête, l'indice de Magnin, le diamètre bipariétal (BIP), confrontation BIP/Magnin, l'utérus et les parties molles.

Rosenau et coll [51] ont proposé l'évaluation d'un coefficient de risque d'accouchement par voie basse, tenant compte du statut maternel (la parité, la taille, le bassin osseux, l'état de l'utérus et des parties molles), et des facteurs fœtaux (le poids fœtal, la tête fœtale).

Si les auteurs sont tous unanimes sur l'intérêt des évaluations, ils restent cependant très divergents quant aux choix des paramètres d'évaluation et à la

valeur donnée à chaque paramètre, telle que la variété du siège, qui pour Descargues [46], présente une différence pronostique : il semble fréquemment associé au siège complet une rupture prématurée des membranes, ainsi qu'un travail plus laborieux, laissant présager un échec de l'accouchement par voie basse. Ainsi plusieurs facteurs peuvent influencer le mode d'accouchement qu'ils soient maternels, foeto-annexiels ou liés à la parturition.

▪ **Age et parité**

Concernant les facteurs maternels, un âge supérieur à 30 ans est considéré comme défavorable [78]. Dans notre série, le taux d'accouchement par voie basse spontanée (AVBS), est plus élevé pour un âge maternel inférieur à 20 ans. Vu nos réalités socio-culturelles, ceci s'explique probablement par le fait que dans notre population, ces patientes étaient déjà paucipares ou multipares à cet âge. En effet, il était classiquement admis que, l'AVBS était plus fréquent chez les multipares et que le pronostic de l'accouchement est d'autant meilleur que la parité est élevée. D'après Barlov [79], la multiparité présente l'avantage de l'étude des antécédents obstétricaux. Quant à la primiparité, elle est classiquement un facteur de risque, et conduit le plus souvent à la césarienne, constat relevé dans notre étude. Cependant, la gravité pronostique de la primiparité a été remise en cause, [80–82] : la notion de « bassin ayant fait ses preuves » paraît caduque en raison de la mécanique d'accommodation totalement différente.

▪ **Age gestationnel**

L'étude de l'âge gestationnel dans la littérature est principalement axée sur la prématurité.

Dans notre série, en cas de prématurité, l'AVBS est le plus fréquent avec 51,7%. La césarienne et les AVBA sont beaucoup plus notées pour des grossesses à terme et ceci avec une relation statistiquement significative.

Dans la littérature, on note un taux élevé de morbidité et de mortalité en cas de fœtus prématuré en siège [83]. La majorité des auteurs [58,84] préconisent la césarienne pour réduire la morbidité et la mortalité néonatales en cas de terme compris entre 28 et 33 SA, et de poids inférieur à 2000g. Ceci ne concorde pas avec les résultats de notre étude.

Pour Dubois (38), en cas de prématurité, l'accouchement par les voies naturelles est d'autant plus périlleux qu'il s'agit d'un fœtus fragile particulièrement exposé aux hémorragies cérébro-méningées et à la rétention de la tête au-dessus du col en raison de la diminution du rapport tronc sur tête.

▪ **Rupture prématurée des membranes**

Dans notre série, les accouchements spontanés s'observaient plus lorsque les membranes étaient intactes avec un taux à 61%. Nos résultats sont ainsi en phase avec les données de la littérature où Descargues [46], retrouvait des taux de césarienne élevés lorsque les membranes étaient rompues. Dans la présentation du siège, la poche des eaux revêt une importance particulière au point que tous les auteurs sont unanimes sur la nécessité de la respecter jusqu'à dilatation complète [12,85,86], et on attribue volontiers une signification péjorative à la rupture prématurée des membranes, car elle entraîne une fréquence plus grande de dystocie cervicale et donne lieu à des complications dont les plus fréquentes sont : la procidence du cordon et l'infection amniotique [87]. Merger [12], en fait une indication de césarienne, si elle n'est pas suivie dans les 10 heures, d'une franche entrée en travail.

▪ **Poids fœtal**

La macrosomie est un facteur de risque de rétention de la tête dernière, la césarienne est conseillée pour toute estimation du poids à plus de 4000 g pour Denis [4] et Erkkola [88], et à plus de 3800 g pour AUDRA [89]. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. En effet, dans notre série, les poids fœtaux > ou

égaux à 4000 grammes, ont eu à bénéficier d'une césarienne dans 62,5 % des cas. Ainsi nos résultats rejoignent ceux de la littérature.

▪ **Dilatation**

Une dilatation normale est le garant d'une expulsion sans problème [85,88], d'où l'aphorisme de Lacomme : « À bonne dilatation, bon siège » [90]. Elle doit être brillante, rapide, régulière, au minimum de puissance. Vendittelli [91] a décrit que la lenteur de la dilatation en cas de présentation du siège traduit soit une dystocie mécanique qu'il importe de préciser, soit une dystocie dynamique qu'il faut corriger par la pose d'une perfusion d'ocytociques soigneusement contrôlée. Caballero [50], précise la vitesse initiale de la dilatation : 1,2cm/h chez les primipares, 1,5cm/h chez les multipares. La présentation du siège ne doit pas être accusée d'entraîner une dilatation plus lente [23]. La survenue d'une dystocie dynamique, avec une dilatation cervicale inférieure à 1 cm par heure, est un facteur défavorable d'accouchement par les voies naturelles et, par conséquent, toute anomalie de la dilatation conduit, selon les équipes, soit à la césarienne, soit aux thérapeutiques.

Dans notre série, la dilatation a progressé normalement chez toutes les parturientes ayant accouché par voie basse ; 4 cas de dilatations stationnaires ont été relevés, et ont conduit à une césarienne.

▪ **Durée du travail**

Certains auteurs ont étudié les variations du taux de cortisol (dont l'augmentation témoigne d'une situation de stress chez le nouveau-né) au niveau du cordon ombilical: ils ont constaté que ce taux était plus élevé dans l'accouchement par le siège que dans l'accouchement en présentation céphalique, et ils ont insisté sur les dangers d'un travail prolongé [92]. C'est pourquoi Dubois [15] recommande une durée du travail inférieure à 10 heures chez la primipare et inférieure à 6

heures chez la multipare. Dans notre série, la durée de travail était < 12 heures dans la majorité des cas (79% des cas).

V.3.1.3. Mode de terminaison de l'accouchement par voie basse

Elle demeure la période la plus dangereuse, puisque s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. La morbidité à court terme chez les fœtus en présentation du siège nés par voie vaginale est souvent accrue en raison d'une compression du cordon qui survient fréquemment au cours de l'expulsion fœtale [93]. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions : poche des eaux rompue, dilatation complète, siège franchement engagé, en dehors d'une disproportion foeto-pelvienne [73,94].

Plusieurs auteurs préconisent l'abstention complète, laissant l'expulsion se dérouler normalement [15], mais une participation active de la patiente est souhaitable sachant que la mortalité périnatale dépend de la durée d'expulsion [95]. L'expérience et l'habileté de l'accoucheur y jouant un rôle primordial. Pour d'autres [96], un obstétricien non entraîné constitue lui-même une indication à la césarienne. Mais certains auteurs insistent sur l'importance de « l'interventionnisme dirigé »[90]. Pour aider l'expulsion, plusieurs manœuvres ont été décrites: Bracht, Lovset, Mauriceau, petite extraction aidée, grande extraction du siège, forceps, ventouse.

Dans notre série, l'abstention (technique de Vermelin) était la méthode de choix (98% des AVB). Dans 2 accouchements soit 1,36% des AVB, une manœuvre d'extraction a été nécessaire et une ventouse a été pratiquée chez une parturiente.

Lorsque la voie basse est choisie, l'accouchement par le siège doit être conduit comme une véritable épreuve de travail, mais à tout moment devant toute anomalie il faut savoir renoncer [97].

X.3.2 Accouchement par césarienne

V.3.2.1. Fréquence

De nos jours, la majorité des auteurs s'accordent sur un élargissement des indications de la césarienne. Dans notre série, 186 césariennes ont été réalisées sur un total de 332 accouchements par le siège, soit un taux de 56%. Ce chiffre dépasse largement celui de, Farid [29] qui, au cours de son étude en 1992, rapportait une fréquence à 16,7% et de Bentahir [8] qui retrouvait une fréquence de 39% en 2009 mais est comparable à celui de Mouhamed [18] qui rapportait un taux global de césarienne de 55,1% en 2015. Notre taux est également supérieur à ceux de la majorité des maternités africaines, et il tend à se rapprocher des données occidentales [78,89,98,99].

La très forte variation de la fréquence des accouchements par césarienne selon les différents auteurs s'explique par la variation des moyens de surveillance prénatale et per-partum, les réalités socio-juridiques des différents pays et la compétence des équipes obstétricales dans les différentes structures d'accueil.

V.3.2.2. Césarienne prophylactique

Hannah [78], dans son étude sur une série de 2083 présentations de siège, a montré qu'une politique de césariennes électives comporte moins de risques à terme qu'une politique de voie basse. Cependant, si la césarienne prophylactique dispose d'une faible morbidité, elle conduit à générer un utérus cicatriciel susceptible de compliquer les prises en charge obstétricales ultérieures [100–102]

Par ailleurs, nous avons observé une absence de différence de morbidité et de mortalité néonatale entre la naissance par voie vaginale ou par césarienne prophylactique dans l'étude PREMODA [66], de même que dans d'autres séries [103].

Pour Dubois et coll [15], la césarienne programmée peut être décidée quand l'enquête a mis en évidence une ou plusieurs contre-indications de la voie basse:

- soit formelles : bassin rétréci ou même limite, déflexion de la tête, poids estimé à plus de 3800g.

- soit relatives. : fonction de l'âge et de la parité, d'antécédents gynécologiques ou obstétricaux défavorables, d'une pathologie de la grossesse.

Dans notre série, nous avons réalisé 5 césariennes prophylactiques, soit 2,7% des césariennes pratiquées ; ce taux est de loin inférieur aux données de la littérature ou il varie selon les équipes entre 30% et 65% [17,46]

V.3.2.3. Césarienne au cours du travail

Pour Roman et coll [104], la césarienne en urgence est beaucoup plus pourvoyeuse de morbidité maternelle et Barlov [79] observe dans le groupe où la césarienne a été réalisée au cours du travail, un plus grand nombre d'asphyxie néonatale, et le seul cas de mortalité néonatale.

La fréquence des césariennes pendant le travail varie selon les auteurs: elle est de 26,5% pour Descargues [46], de 19% pour Roman et coll , de 41,9% pour Abassi [55] et de 10% pour Audra [89].

Dans notre série, 181 césariennes ont été réalisées au cours du travail, soit une fréquence de 97,3%. Ce taux est très élevé par rapport aux données de la littérature [46,89,103] mais est comparable à celui d'une étude menée au Sénégal en 2017 où la fréquence de la césarienne au cours du travail était de 95,5%[17]. Ce constat reflète le retard apporté au diagnostic et à la prise en charge de la présentation du siège au niveau de nos structures sanitaires.

X.4 Pronostic

X.4.1 Pronostic maternel

V.4.1.1. Voie haute

▪ Mortalité

Dans notre série, nous n'avons retenu aucun décès maternel en rapport avec la présentation du siège, ce qui concorde avec les études de la plupart des auteurs [73,88,91,98,105].

Cependant, à ce jour la plupart des publications sur ce sujet suggère un risque accru de décès maternel suite à la césarienne par rapport à l'accouchement vaginal [106,107]. L'augmentation du risque de décès était liée aux complications anesthésiques, aux infections puerpérales et aux accidents veineux thromboemboliques.

▪ Morbidité

La césarienne est une des interventions chirurgicales les plus pratiquées dans le monde. Les complications des césariennes sont nombreuses, et elles existent à toutes les étapes de la césarienne. En période opératoire, il s'agit essentiellement de plaies chirurgicales ou de traumatismes et en période post-opératoire, il s'agit essentiellement de complications infectieuses et thromboemboliques.

La morbidité maternelle dépend également du moment de réalisation de la césarienne puisque sa morbidité en cours de travail est supérieure à celle en dehors du travail, entre autres par une augmentation du risque d'hémorragie précoce du post-partum [108].

Pour Tatum [109], la morbidité maternelle après césarienne serait 38 fois plus élevée qu'après accouchement par voie basse.

V.4.1.2. Voie basse

▪ Mortalité

Nous constatons également que, pour ce mode d'accouchement, la mortalité maternelle était nulle.

▪ Morbidité

Au cours des accouchements par voie basse, les auteurs rapportent essentiellement des lésions périnéales allant des déchirures simples aux grands délabrements périnéaux propagés aux viscères secondaires le plus souvent aux extractions brutales.

Pour Rachdi [97], la morbidité maternelle est dominée par les complications infectieuses et hémorragiques.

Pour Berger [99], la pratique de l'épisiotomie améliore le pronostic maternel en évitant le traumatisme du périnée et devrait être systématique quelle que soit la parité.

Dans notre travail, 19 cas de déchirures périnéales ont été enregistrés et une épisiotomie était réalisée dans 7,8% des cas.

X.4.2 Pronostic fœtal

L'accouchement en présentation du siège expose à une mortalité et une morbidité périnatale accrues [110]. Mukuku [111] trouve que la mortalité fœtale est 6 fois plus élevée qu'en présentation du sommet. Dans notre étude, 28 cas de décès périnataux ont été répertoriés, soit une fréquence de 8,4%. Taux inférieur de ceux de certaines maternités africaines, Bentahir [8] au Sénégal retrouvait un taux de 12,6% en 2009, Abassi [55] au Maroc et Méyé [57] au Gabon, retrouvaient respectivement 14,5% et 10,5%. Mais notre taux reste élevé par rapport à celui rapporté par Mouhamed [18] dans son étude réalisée au Centre de santé Philippe

Maguilène Senghor en 2015 et à celui de Fanseyini [17] au centre de santé Nabil Choucair de Dakar en 2017 qui retrouvaient respectivement 1,6% et 4,4%. En Europe, beaucoup d'auteurs ont rapporté des taux inférieurs à 1% : Broche rapporte 0,9% [68]; en 1997, Lindqvist [112] analyse 6542 accouchements par le siège du registre Suédois des naissances et trouve une mortalité de 0,09% pour les accouchements du siège par voie basse, et au cours de cette même année, l'équipe norvégienne d'Albrechsten, dans une série prospective de 1212 sièges, ne rapporte aucun décès néonatal [113].

Ces différences observées entre les pays nantis et les pays à faible pénétration sanitaire s'expliqueraient par la qualité de surveillance perpartum, le degré de qualification du personnel accoucheur ainsi que la réanimation néonatale.

Plusieurs facteurs expliqueraient ce pronostic souvent réservé.

V.4.2.1. Facteurs pronostiques maternels

- **Age**

La plupart des auteurs donnent à l'âge maternel une grande importance quant au pronostic de l'accouchement.

Pour Erkaya et coll [114], le taux de césarienne est plus élevé chez les parturientes âgées de moins de 18 ans.

Pour Buambo [71] et Rachdi [95], l'âge maternel peut influencer négativement le pronostic néonatal notamment chez les mères de moins de 20 ans et de plus de 35 ans.

Ceci concorde avec les données de notre étude : le risque de mortalité périnatale était plus élevé chez les parturientes âgées de moins de 20 ans avec les plus fortes proportions du score d'Apgar inférieur à 7 à M1 et M5 (41,2% et 14,7%). Les plus fortes proportions du score d'Apgar > 7 aussi bien à M1, qu'à M5, s'observaient pour des âges entre [20-30[avec une différence statistiquement significative à M1.

▪ Parité

La primiparité est classiquement considérée comme un facteur de mauvais pronostic [51].

Selon Merger [12] « chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet. Chez la primipare, au contraire, le pronostic fœtal comporte toujours une réserve ».

Pour Suzanne [77], la primiparité s'accompagne d'un taux de mortalité périnatale accrue. Quant à la multiparité, même s'il était classique d'admettre que le pronostic est d'autant meilleur que la parité est élevée, beaucoup d'auteurs se montrent d'un avis contraire, surtout en ce qui concerne la grande multiparité [15].

Notre travail fait apparaître aussi les mêmes influences que l'on attribue à ces parités extrêmes : en effet, la proportion la plus importante de faible score d'Apgar à M1 et M5, était relevée chez les multipares (30,2% et 22,9%). Cependant la différence n'était pas significative ($p = 0,96$).

V.4.2.2. Facteurs ovulaires et fœtaux

▪ Age gestationnel

Tous les auteurs sont unanimes sur le fait que le risque fœtal augmente avec la prématurité [56,69].

Pour Méyé [57], le principal facteur pronostique de morbidité est la prématurité, particulièrement pour les grossesses de moins de 35 SA.

Pour Rosenau [51], au-delà de 36 SA, l'âge gestationnel n'a aucune influence sur le pronostic.

Les résultats de notre étude rejoignent les données de la littérature, où les scores d'Apgar à la première et à la cinquième minute étaient nettement moins bons en cas de prématurité : les scores d'Apgar < 7 étaient respectivement de 35,7% et 28% contre 14,3% et 7,1%.

▪ Rupture prématurée des membranes

La majorité des auteurs attribuent à la rupture prématurée des membranes une signification péjorative [12,46]. Ce qui concorde avec les résultats de notre série où le pronostic était moins bon lorsqu'il y'avait une rupture prématurée des membranes avec une différence statistiquement significative.

▪ Poids de naissance

Pour Dubois [15], la morbidité fœtale est nettement élevée, avec des scores d'Apgar à 1 minute et à 5 minutes inférieurs à 4 si l'accouchement se fait par voie basse pour le fœtus de faible poids de naissance.

Dans la littérature, la plupart des auteurs soulignent une morbidité élevée chez les nouveau-nés de moins de 2500 g nés en présentation de siège [69].

Notre étude révèle que les nouveau-nés dont le poids était compris entre 2500 g et 4000 g avaient un meilleur pronostic et que la plus grande proportion de scores d'Apgar < 7 s'observait pour des poids fœtaux inférieurs à 2500 g et la différence était statistiquement significative à M1 et à M5 ($p=0,03$; $p=0,000$).

▪ Mode de siège

Dans l'accouchement du siège, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature classique où le siège complet était considéré comme de meilleur pronostic, dans notre série c'est en cas de siège décomplété que le score d'Apgar à M1 et M5 était meilleur par rapport au siège complet, sans que la différence n'ait été significative.

D'autres études s'étant intéressées au pronostic de la présentation du siège, n'ont pas constaté de différence significative entre le siège complet et le siège décomplété [17,46].

V.4.2.3. Facteurs pronostiques liés à la parturition

▪ Durée du travail

Selon Dubois [15], il est classique d'admettre que la mortalité obstétricale s'élève rapidement quand le travail dépasse 10 à 12 heures chez la primipare et 5 à 6 heures chez la multipare.

Nous constatons dans notre série que les scores les moins bons (< 7) à M1 et M5 s'observent lorsque la durée du travail dépasse les 12h. Il découle de notre étude que la durée du travail est un facteur de mauvais pronostic fœtal.

▪ Mode d'accouchement

Dans notre série, contrairement à la majorité des études où la mortalité et la morbidité néonatales précoces étaient plus fréquentes lors de l'accouchement par voie basse assistée (utilisation des manœuvres obstétricales d'extraction) que celles enregistrées lors de l'accouchement spontané (Vermelin) où à la suite des césariennes [17,51]. C'est dans l'accouchement par voie basse spontanée ou l'on observait les scores d'Apgar les moins bons : score d'Apgar < 7 dans 35,4% à M1 et 15,2% à M5. Et ceci pourrait s'expliquer, par le fait que dans notre étude, la fréquence des accouchements par voie basse assistée, était trop faible (0,9% des accouchements).

Krebs et coll [115], dans une étude cas-témoin portant sur 19476 cas de sièges au Danemark entre 1982 et 1992, concluaient que le risque de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes était 15 fois plus élevé en cas d'essai de voie basse par rapport à la naissance par césarienne. Dans la littérature, les meilleurs scores s'observaient pour les accouchements par césarienne [8,34], y compris la nôtre, avec : score d'Apgar > 7 dans 80,6 % à M1 et 91,8 % à M5. Ceci s'expliquerait par le fait qu'en cas d'expulsion prolongée surtout si les manœuvres

obstétricales mal faites sont associées, il s'installe une hypoxie qui aboutit à l'altération du score d'Apgar.

L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleure solution, à condition qu'il ne se prolonge pas jusqu'à provoquer l'anoxie fœtale, c'est pourquoi on aura recours à des manœuvres ou gestes d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La présentation du siège demeure un sujet de préoccupation qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes. Il s'agit d'un accouchement à haut risque de mortalité et de morbidité fœto-maternelles à cause de son caractère potentiellement « dystocique ». Aux partisans de la césarienne systématique s'opposent les partisans de la voie basse qui réclament une meilleure connaissance des facteurs de risque, afin de restreindre les indications abusives de césarienne qui ne feraient que multiplier la mortalité et la morbidité maternelle, le coût en santé publique, et engager le pronostic des grossesses ultérieures. Cette divergence empêche de définir une attitude thérapeutique standard face à l'accouchement en présentation du siège. Ceci a motivé le choix de ce travail afin d'apporter notre contribution à l'étude de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège dans une maternité africaine.

Notre étude effectuée au sein de la maternité du Centre Hospitalier National de Pikine sur une période de douze (12) mois, allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019, avait pour objectifs :

- d'étudier la fréquence de l'accouchement en présentation du siège ;
- de décrire les caractéristiques épidémiologiques des parturientes ayant une présentation du siège ;
- d'apprécier la voie d'accouchement en la comparant aux autres types de présentation ;
- de déterminer l'issue maternelle et néonatale de l'accouchement du siège.

Durant cette période, 5188 accouchements y ont été effectués, dont 332 accouchements en présentation du siège, soit une fréquence de 6,4%. Le mode de siège complet était plus fréquent avec 56,4%, contre 43,6% de siège décomplété.

La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 11. Les multipares représentaient 50% contre 25,6% de primipares. La majorité des parturientes

(64,5%) avait effectué au moins 4 CPN. Aucune parturiente n'a pu bénéficier d'une radiopelvimétrie ou d'une scannopelvimétrie dans notre série.

- Plus de la majorité des cas (62%) étaient venues d'elles-mêmes. A l'admission, 37% des parturientes étaient en phase active. Les membranes étaient rompues chez 39,5% des parturientes avec un liquide amniotique clair chez 77% d'entre elles. A la pelvimétrie clinique, les bassins étaient jugés cliniquement normaux chez 93,6% des parturientes. Chez 1,2% des parturientes, les bassins étaient rétrécis et limites chez 5,2% des parturientes.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retrouvé : la prématurité, dans 23,2% des cas, la gémellité, dans 39,7%, les anomalies du bassin, la primiparité, la multiparité, le placenta prævia, les malformations, notamment l'hydrocéphalie avec un taux de 0,76 %.

- La majorité des parturientes a accouché par césarienne (56%) et les indications étaient dominées par la grossesse gémellaire avec le premier jumeau en présentation du siège et la présentation du siège sur utérus cicatriciel. Le taux d'accouchement par voie basse était de 44% dont 42,1% d'accouchements spontanés, et 1,9 % d'accouchements assistés. Chez 17,8% des patientes, une épisiotomie était réalisée, et une déchirure périnéale était notée chez 13%.

Le pronostic des enfants nés par présentation du siège était marqué par une mortalité et une morbidité accrue :

- le score d'Apgar était inférieur à 7 à la première minute dans 28 % des cas, et dans 15,7 % des cas à cinquième minutes.

- une réanimation néonatale a été nécessaire dans 25% des cas.

- la mortalité néonatale globale était de 84 pour 1000 naissances.

- la mortalité néonatale corrigée était de 48 pour 1000 naissances.

- La mortalité maternelle était nulle, la morbidité était dominée par les déchirures périnéales.

L'analyse des paramètres maternels et fœto-annexielles en fonction du mode d'accouchement, nous permet de conclure qu'il n'existait pas de différence significative du mode d'accouchement, quels que soit l'âge maternel, la parité, et le poids de naissance des nouveau-nés mais ce mode d'accouchement était fortement influencé par l'état des membranes $p=0,009$ et l'âge gestationnel.

Cette même analyse nous a permis de révéler le rôle défavorable de certains d'entre eux sur le pronostic fœtal, que sont :

- les parités extrêmes (primipares – multipares),
- le faible poids de naissance inférieur à 2500 g,
- la prématurité,
- la durée du travail supérieure à 12 heures à compter de l'admission.

En comparant nos données à celles d'études similaires effectuées au Sénégal, au centre de santé Roi Baudouin en 2009 et au centre de santé Nabil Choucair de Dakar en 2015, nous constatons :

- Une hausse de la fréquence des présentations du siège avec 3,95% en 2009, 1,6% en 2015 contre 6,4% en 2019
- une augmentation du taux de césariennes, de 16,7 % en 2009, 39% en 2015 à 56% en 2019.

Au terme de notre étude, dans le souci d'améliorer le pronostic obstétrical nous formulons les recommandations suivantes :

Aux prestataires :

- Sensibiliser les communautés sur les complications de l'accouchement en présentation du siège et montrer l'importance de sa prise en charge par un personnel formé au niveau d'un centre obstétrico-chirurgical.
- Se soumettre à la formation continue.
- Dépister ou reconnaître la présentation du siège à l'examen du 9^e mois.
- Référer toutes les grossesses avec fœtus en présentation de siège aux structures de référence.
- Prévenir les accouchements prématurés.
- Elaborer des protocoles de prise en charge des accouchements en présentation du siège, avec sélection stricte des conditions d'acceptation de la voie basse.
- Reconnaître le caractère potentiellement dystocique de l'accouchement du siège.
- Organiser les maternités de référence avec présence d'un obstétricien qualifié, d'un néonatalogiste, et d'un anesthésiste-réanimateur, prêts à intervenir à tout moment.

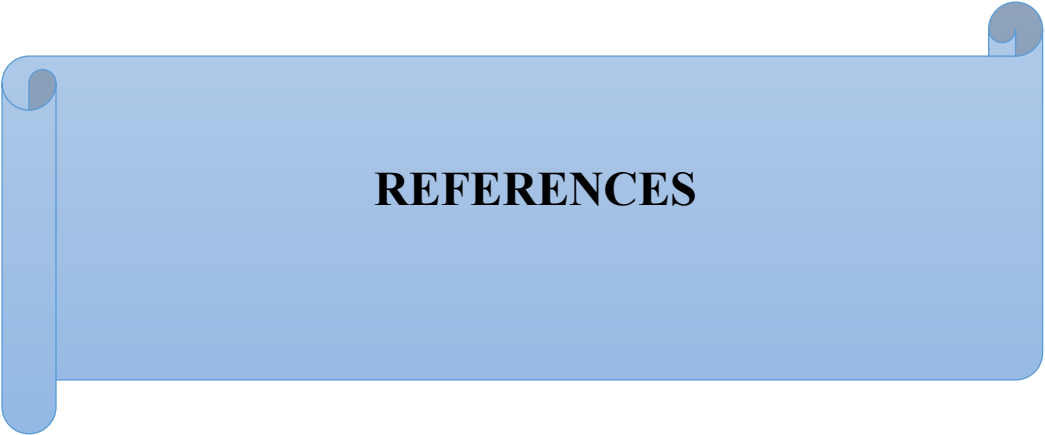
Aux populations :

- Respecter les consultations prénatales.
- Accoucher toujours dans les maternités pour faciliter la prise en charge des cas de complication.
- Réaliser les examens complémentaires au cours des CPN (surtout l'échographie du 3^e trimestre).

Aux autorités :

- Former et recruter des spécialistes.

- Promouvoir la formation continue.
- Equiper les salles d'accouchement d'appareil d'échographie, de cardiotocographe et de matériels de réanimation néonatale.



REFERENCES

1. K.H. Boudhraa, M.A. Jellouli, *, A. Trabelsi, A. Triki, R. Ouerhani, N. Ben Aissia, et al. La présentation du siège : étude rétrospective à propos de 137 cas [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15754.pdf>
2. Mattuizzi A. [Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice - Epidemiology, Risk Factors and Complications]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2020;48:70- 80.
3. Diro M, Puangsricharern A, Royer L, O'Sullivan MJ, Burkett G. Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women: A 5-year experience at The University of Miami/Jackson Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:247- 52.
4. Kotaska A, Menticoglou S. No 384 - Prise en charge de la présentation du siège du fœtus à terme. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41:1206- 20.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet Lond Engl*. 2000;356:1375- 83.
6. Hogle KL, Hutton EK, McBrien KA, Barrett JF r, Hannah ME. Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:220- 7.
7. Mode of term singleton breech delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;77:65- 6.
8. SANNA BENTAHIR. ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE CLINIQUE ET PRONOSTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE AU CENTRE DE SANTE ROI BAUDOUIN DE DAKAR. [Dakar]: cheikh Anta Diop; 2009.
9. Azria É. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2020;48:120- 31.
10. Verhoeven ATM, de Leeuw JP, Bruinse HW. [Breech presentation at term: elective caesarean section is the wrong choice as a standard treatment because of too high risks for the mother and her future children]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:2207- 10.
11. Broche B.-E, Maillet R, Curie V, Ramanah R, Schaal J.-P, Riethmuller D. *Pratique de l'Accouchement. Prat. Accouchement*. Issyles-Moulineaux : Elsevier Masson, 201;

12. MERGER R, LEVY J, MELCHIOR. Présentation du siège, Précis d'obstétrique,. 1989.
13. Ouattara A, Somé AD, Ouattara H, Lankoandé J. Prognosis for term breech presentations in Africa (Bobo Dioulasso, Burkina Faso). Médecine Santé Trop. 2016;26:155- 8.
14. Julie Demetz. Le type de siège est-il lié au pronostic de l'accouchement ? UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2; 2013.
15. GRALL J.Y, DUBOIS J, MOQUET P.Y, POULAIN P, BLANCHOT J, LAURENT M.C. La présentation du siège [Internet]. Encycl. Méd.-Chir. 1994. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/presentation_du_siege_vas-nb_valide.pdf
16. J. Lansac, H. Marret, J.-Fr. Oury. Pratique de l'accouchement,. 4e édition, Masson, 2006.
17. Fanseyini Bambou. aspects épidémiologiques diagnostiques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au centre de sante de NABIL CHOUCAIR. [Dakar]: cheikh Anta Diop; 2017.
18. Mouhamed MA. Pronostic et facteurs prédictifs de la césarienne au cours de l'accouchement du siège : Etude cas-témoin au centre de santé philippe Maguilen Senghor de Dakar. [Dakar]: cheikh Anta Diop; 2015.
19. Ilesanmi OA, Sobowale OA, Marinho OA. Outcome of 441 breech singleton deliveries at the Catholic Hospital, Oluyoro, Ibadan. Afr J Med Med Sci. 1996;25:41- 6.
20. Mukuku Kabiriko Olivier. Accouchement du siège par voie basse: étude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale aux cliniques universitaires de Lubumbashi. [congo]: LUBUMBASHI; 2011.
21. Dicko B. Accouchement du siège, pronostic fœtal à propos de 103 cas. [Mali]: Bamako; 2001.
22. Dembele A. contribution à l'étude de l'accouchement en présentation du siège dans les maternités du district de Bamako : 192 cas [these Med.]. [Bamako]; 1988.
23. Broche D-E, Maillet R, Curie V, Ramanah R, Schaal J-P, Riethmuller D. Accouchement en présentation du siège. EMC - Obstétrique. 2008;3:1- 19.
24. Sherer D, Menashe M, Palti Z, Aviad I, Ron M. Radiologic Evidence of a Nuchal Arm in the Breech-Presenting Fetus at the Onset of Labor: An Indication for Abdominal Delivery. Am J Perinatol. 1989;6:353- 5.

25. Hill L. Prevalence of Breech Presentation by Gestational Age. *Am J Perinatol*. 1990;7:92- 3.
26. Weisman AI. An Antepartum Study of Fetal Polarity and Rotation. *Am J Obstet Gynecol*. 1944;48:550- 2.
27. Pathologie du développement : malformations congénitales. Collège Français des Pathologistes (CoPath); 2012.
28. Manzl J, Bichler A, Jerabek R, Klammer J, Dapunt O. [Breech Presentation-- a problem of prematurity? (author's transl)]. *Wien Klin Wochenschr*. 1980;92:483- 8.
29. Farid F I. Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néo-natal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. [Dakar]: cheikh Anta Diop; 1993.
30. Luterkort M, Persson PH, Weldner BM. Maternal and fetal factors in breech presentation. *Obstet Gynecol*. 1984;64:55- 9.
31. Rozenberg P. [The question of breach presentation delivery, the answer lies up front]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001;30:196- 9.
32. Nadia Sahal. Evaluation de la satisfaction des femmes bénéficiant d'une version par manoeuvres externes : étude rétrospective menée à la maternité Port-Royal. [paris]: Paris Descartes; 2019.
33. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1993;82:605- 18.
34. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194:1002- 11.
35. Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D. La présentation du siège singleton à terme. À propos d'une série continue de 418 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2013;42:685- 92.
36. Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D. Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2009;38:411- 20.
37. Schaal JP, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et techniques obstétricales. 3ieme éd. Montpellier: Sauramps Médical; 2007.

38. Uotila J, Tuimala R, Kirkinen P. Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:578- 83.
39. Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH. The characteristics and perils of breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1974;118:700- 12.
40. Amiel TC. Le devenir des enfants nés en présentation du siège. *gazette Medicale Paris*; 1984.
41. Macharey G, Väisänen-Tommiska M, Gissler M, Ulander V-M, Rahkonen L, Nuutila M, et al. Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: a nationwide, population-based record linkage study. *J Perinat Med*. 2018;46:323- 31.
42. Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli ACJ, et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014;93:888- 96.
43. Dufour P. Présentation par le siège à terme .Version par manœuvres externes : quand et comment ? *Encycl. Méd.-Chir*. 2002. p. 7.
44. Robert M, Jean L, Jean M. Présentation du siège in *précis d'obstétrique*. Masson 6 Edit Paris. 1995.
45. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2012;41:151- 66.
46. Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L. [Influence of the type of breech presentation on delivery in selected primiparous women at term]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001;30:664- 73.
47. Kabous A. Présentation du siège « pronostic fœtal » au service de gynécologie obstétrique « B » du CHU Ibn Rochd de Casablanca. [casablanca]; 2004.
48. Koné M. Accouchement en présentation par le siège : pronostic foetal et maternel dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. [Bamako]; 2005.
49. Samia Issaoui. Pronostic de l'accouchement en presentation de siège : accouchement vaginal vs accouchement par césarienne. [Maroc]: Cadi Ayyad;

50. Caballero A, Fernandez Bolanos J, Pelaez C, Lopez Agreda JM, Palomo A, Caballero JL. [Management of podalic delivery]. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1986;81:77- 83.
51. Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H, Lebouvier B, et al. [Prognostic factors in delivery with breech presentation. Apropos of 357 single-fetus pregnancies at term]. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1990;85:271- 81.
52. Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1982;61:157- 62.
53. Michalas SP. Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62 cases. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 1991;35:215- 9.
54. Dumont M, Nelken S, Condamin P. [Study of 309 deliveries with breech presentation. Assessment of the foetal risk (author's transl)]. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1977;72:775- 8.
55. Abassi A. Accouchement en présentation du siège à l'Hôpital Provincial de Meknès [these Med.]. [Maroc]: casablanca; 2002.
56. Auzelle P, Bernard N, Duval CL, Lemoine J, Melchior J, MullerG null. [Early delivery in breech presentation]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1986;15:1101- 4.
57. Meye J-F, Mayi S, Zué AS, Engongah-Béka T, Kendjo E, Olé BS. [Neonatal prognosis for breech infants delivered vaginally at the Joséphine Bongo Maternity Hospital in Libreville, Gabon]. *Sante Montrouge Fr*. 2003;13:81- 4.
58. Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal vs. cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. *J Reprod Med*. 2007;52:473- 9.
59. ACOG educational bulletin. Special problems of multiple gestation. Number 253, November 1998 (Replaces Number 131, August 1989). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 1999;64:323- 33.
60. Pons JC, Hoffmann P. [Is cesarean section indicated for twin birth?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2000;29:40- 50.
61. D.-E. Broche, R. Maillet, D. Riethmulle. Organisation de l'accouchement gémellaire. *La Lettre du Gynécologue*; 2006.

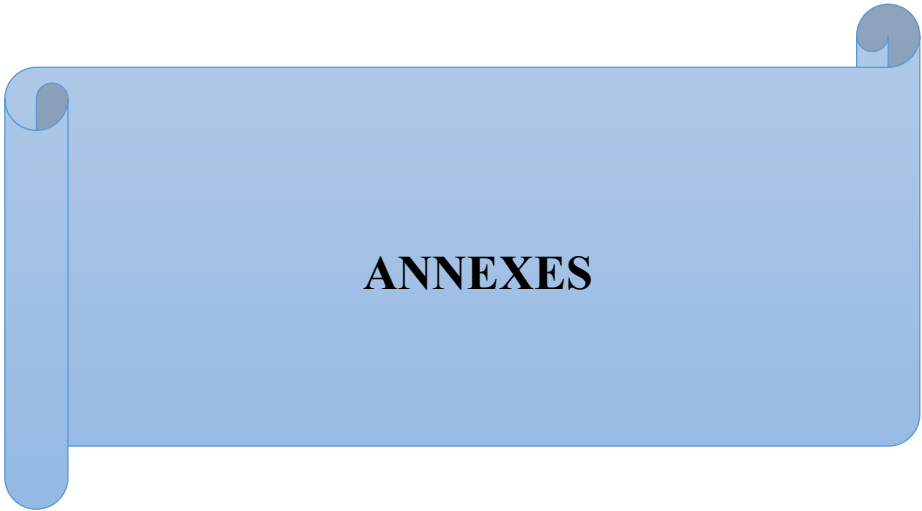
62. Korb D, Goffinet F, Bretelle F, Parant O, Riethmuller D, Sentilhes L, et al. First Twin in Breech Presentation and Neonatal Mortality and Morbidity According to Planned Mode of Delivery. *Obstet Gynecol.* 2020;135:1015- 23.
63. Periti E, Nannini R. [External version in the breech presentation: a review of the literature and our experience]. *Minerva Ginecol.* 1995;47:9- 15.
64. Broche D-E, Ramanah R, Collin A, Mangin M, Vidal C, Maillet R, et al. [Term-breech presentation: predictive factors of cesarean section for vaginal-birth failure]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008;37:483- 92.
65. Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A. [Influence of mode of delivery in term breech presentation on the Apgar score and transfer in neonatal care unit. Results of the management of 568 singleton pregnancies in a level III French maternity]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008;37:149- 53.
66. Lagrange E, Ab der Halden M, Ughetto S, Boda C, Accoceberry M, Neyrat C, et al. [Breech presentation and vaginal delivery: evolution of acceptability by obstetricians and patients]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35:757- 63.
67. El Bakkali B. L'accouchement en presentation de siege à la maternite souissi de Rabat [these Med.]. [Maroc]: rabat; 1986.
68. Broche D-E, Riethmuller D, Vidal C, Sautière J-L, Schaal J-P, Maillet R. [Obstetric and perinatal outcomes of a disreputable presentation: the nonfrank breech]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2005;34:781- 8.
69. Dubois J. [Some present aspects of the problems of breech presentation and delivery (author's transl)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1981;10:479- 92.
70. Golfier F, Vaudoyer F, Ecochard R, Champion F, Audra P, Raudrant D. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;98:186- 92.
71. Buambo-Bamanga S F, Makoumbou P, Oyer-Moke P. Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville [Méd Afr Noire]. 2006.
72. Mouchit F. Etude prospective de la présentation du siège à l'hôpital Hassan II de Settat. Thèse Méd Casablanca 200 [these Med.]. [casablanca]; 2002.
73. Dubois C, Dufour P, Quandalle F, Lanvin D, Levasseur M, Monnier JC. [Breech presentation: management (304 cases)]. *Contracept Fertil Sex* 1992. 1998;26:363- 71.

74. Dyson DC, Ferguson JE, Hensleigh P. Antepartum external cephalic version under tocolysis. *Obstet Gynecol.* 1986;67:63- 8.
75. Laros JR., Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selective trial of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 172 (6): 1916-23; discussion 1923-5. juin 1995;
76. Schiff E, Friedman SA., Mashiach S, Hart O, Barkai G, Sibai, et al. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: seven year experience at a single center. *Am J Obstet Gynecol* DA. 1996;n°; PP 18-23.
77. SUZANNE F, PORTAL B, GREZE A. Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège : à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1979. :74 : 349-356.
78. HANNAH M E, HANNAH W J. Accouchement par présentation du siège: la fin d'une époque. *Lancet* 2000. :356: 1357.
79. Barlöv K, Larsson G. Results of a Five-Year Prospective Study Using a Feto-Pelvic Scoring System For Term Singleton Breech Delivery After Uncomplicated Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1986;65:315- 9.
80. Green JE, McLean F, Smith LP, Usher R. Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma, and death? *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:643- 8.
81. Molkenboer JFM, Bouckaert PXJM, Roumen FJME. Recent trends in breech delivery in the Netherlands. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2003;110:948- 51.
82. Nassar N, Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Barratt A, Peat B, Decision Aid for Breech Presentation Trial Collaborators. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2007;114:325- 33.
83. Eckman A, Mottet N, Ramanah R, Riethmuller D. Accouchement du prématuré. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2015;44:781- 6.
84. Ruckhäberle KE, Viehweg B, Vogtmann C. [Choice of delivery methods for cases of breech presentation, with particular reference to premature birth (author's transl)]. *Zentralbl Gynakol.* 1982;104:539- 49.
85. Denis A, Texier M, Rouchy R. Le pronostic fœtal en présentation du siège. Evaluation d'un coefficient de risque. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1976. :71, 5 : 309-316.

86. Roman H, Carayol M, Watier L, Le Ray C, Breart G, Goffinet F. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: Prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;138:14- 22.
87. Varma R, Horwell D. Managing term breech deliveries. External cephalic version should be routine clinical practice in UK. *BMJ.* 2002;324:49- 50; author reply 50-51.
88. Erkkola R. Controversies: selective vaginal delivery for breech presentation. *J Perinat Med.* 1996;24:553- 61.
89. Audra P, Putet G. [Do any indications remain for vaginal delivery in breech presentation?]. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1990;85:545- 8.
90. PUECH F. *Pratique de l'accouchement*,. SIMEP-France; 1989.
91. Vendittelli F, Pons JC, Lemery D, Mamelle N, Obstetricians of the AUDIPOG Sentinel Network. The term breech presentation: Neonatal results and obstetric practices in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;125:176- 84.
92. Tomazevic T, Kovacic J, Vrhovec I. Umbilical cord cortisol in breech delivery. *J Reprod Med.* 1985;30:53- 6.
93. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, et al. SOGC clinical practice guideline: Vaginal delivery of breech presentation: no. 226, June 2009. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2009;107:169- 76.
94. Hauth J. Vaginal breech delivery is still justified. *Obstet Gynecol.* 2002;99:1115- 6.
95. Rachdi R, Fekih MA, Mouelhi C, Messaoudi L, Brahim H. [Fetal prognosis in breech delivery. Statistical study of 543 cases]. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1993;88:249- 52.
96. Sanchez-Ramos L, Wells TL, Adair CD, Arcelin G, Kaunitz AM, Wells DS. Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;73:7- 14.
97. Rachdi R, Mouelhi C, Fekih MA, Hajjami R, Brahim H. [Evaluation of the method of delivery in breech presentation]. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1992;87:415- 8.
98. Ben Aissia N, Youssef A, Said MC, Gara MF. [Breech presentation: vaginal delivery or planned caesarean section?]. *Tunis Med.* 2004;82:425- 30.

99. Berger CH. [A study and reflections on version by external maneuvers. A prospective, multicentric study at the level of 4 maternity units at the regional hospital centers of the Western Group]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1991;20:1123- 30.
100. Martel M-J, MacKinnon CJ, Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2005;27:164- 88.
101. Krupitz H, Arzt W, Ebner T, Sommergruber M, Steininger E, Tews G. Assisted vaginal delivery versus caesarean section in breech presentation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:588- 92.
102. CARBONNE B, FRYDMAN R, GOFFINET F, PIERRE F, SUBTIL D, CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris*. 2000;29:9-108.
103. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132:20- 6.
104. Roman J, Bakos O, Cnattingius S. Pregnancy outcomes by mode of delivery among term breech births: Swedish experience 1987-1993. *Obstet Gynecol*. 1998;92:945- 50.
105. Schutte JM, Steegers EAP, Santema JG, Schuitemaker NWE, Van Roosmalen J, on behalf of the Maternal Mortality. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:240- 3.
106. Moldin P, Hökegård KH, Nielsen TF. Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1984;63:7- 11.
107. Fahmy WM, Crispim CA, Cliffe S. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery*. 2018;59:88- 93.
108. Allen V. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol*. 2003;102:477- 82.
109. Tatum RK, Orr JW, Soong S, Huddleston JF. Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams. A retrospective analysis of seven years' experience. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152:145- 55.

110. Sy T, Diallo Y, Diallo A, Soumah A, Diallo F. PRESENTATION DE SIEGE: MODE D'ACCOUCHEMENT ET PRONOSTIC MATERNO-FOETAL A LA CLINIQUE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE IGNACE DEEN DU CHU DE CONAKRY. 2011;4.
111. Mukuku O, Kimbala J, Kinenkinda X, Kizonde J. Accouchement du siège par voie basse: étude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 [cité 17 févr 2021];17. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/27/full/>
112. Lindqvist A, Nordén-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:1288- 91.
113. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:586- 92.
114. Erkaya S, Tuncer RA, Kutlar I, Onat N, Erçakmak S. Outcome of 1040 consecutive breech deliveries: clinical experience of a maternity hospital in Turkey. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 1997;59:115- 8.
115. Krebs L, Langhoff-Roos J. Breech delivery at term in Denmark, 1982-92: a population-based case-control study. Paediatr Perinat Epidemiol. 1999;13:431- 41.



ANNEXES

**FICHE D'ENQUETE : ETUDE ACCOUCHEMENT DU SIEGE AU CENTRE
HOSPITALIER DE PIKINE EPIDEMIOLOGIE ET PRONOSTIC**

1. Paramètre maternel

Age

Gestité :

Parité :

IMC :

Antécédents de siège: Non Oui Antécédents de césarienne: Non Oui

Pathologie grossesse : MAP, HRP, PES, SFA, Macrosomie, DG, Autres :

Accouchement : _____

Mode d'accouchement : Voie basse Césarienne /indications :

Dystocie : Non Oui, type :

Lésions de parties molles Non Oui, type :

Hémorragies Non Oui

Infections Non Oui

Issue maternelle :

2. Paramètre fœtal

Age gestationnel :

Type de présentation : Siège complet Décomplété

Etat de membranes à l'admission : Intacts Rompues

Si voie basse, Technique : Vermelin Bracht Autres :

Poids de naissance grammes :

Malformations : Oui Non

Score d'APGAR : M1 M5 M10

Complications :

 Anoxie Oui Non

 Traumatismes Oui Non

 Infections Oui Non

Transfert en néonatalogie: Oui Non

Issue : Survie Décès

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président du jury

Vu :
Le Doyen.....

Vu et Permis d'imprimer
Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Antan Diop de
Dakar et par délégation

Le Doyen

RESUME

INTRODUCTION

La présentation du siège demeure un sujet de préoccupation qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes. Il s'agit d'un accouchement à haut risque de mortalité et de morbidité fœto-maternelle à cause de son caractère potentiellement « dystocique ». Ceci a motivé le choix de ce travail afin d'apporter notre contribution à l'étude de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège dans une maternité africaine. Notre étude avait pour objectifs de : décrire la fréquence de la présentation du siège ; d'apprécier le pronostic de la présentation du siège ; et de préciser les modalités de prise en charge de l'accouchement en présentation du siège.

METHODOLOGIE

Notre étude rétrospective, descriptive et analytique était effectuée au sein de la maternité du centre hospitalier national de Pikine sur une période de douze (12) mois, allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2019. Les cas de mort fœtale in utero du fait d'une perte de masse pondérale et les accouchements à domicile n'étaient pas inclus dans l'étude.

Les données maternelles, obstétricales et néonatales étaient recueillies à partir d'un logiciel Filemaker. Les équipes procédaient à un enregistrement quotidien, plus ou moins complet, des dossiers cliniques. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 22. Elle comprenait deux parties : l'analyse descriptive et l'analyse analytique.

RESULTATS

Nous avons colligé 332 accouchements par présentation du siège, soit une fréquence de 6,4%.

Le mode de siège complets était plus fréquent avec 56,4%, contre 43,6% de sièges décompleté.

Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retrouvé la prématurité, dans 23,2% des cas et la gémellité dans 39,7%. Notre conduite face à l'accouchement en présentation du siège était dominée par la césarienne 54% contre 46% d'accouchement par voie basse.

Le pronostic des enfants nés par présentation du siège était marqué par une mortalité et une morbidité accrue : la mortalité néonatale globale était de 84 pour 1000 naissances ; la mortalité néonatale corrigée était de 48 pour 1000 naissances ; le score d'Apgar était inférieur à 7 dans 28 % des cas à une minute, et dans 15,7 % des cas à cinq minutes ; une réanimation néonatale a été nécessaire dans 25 % des cas. La mortalité maternelle était nulle, la morbidité a été dominée par les déchirures périnéales.

CONCLUSION

L'accouchement du siège par césarienne apparaît dans notre étude, plus sécurisé que la tentative de la voie basse. Il convient de procéder à une sélection rigoureuse des gestantes devant accoucher par voie basse avec une présentation du siège.