

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2012

THESE N°: 103

**L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION
DE SIEGE A LA MATERNITE SOUISSI DE RABAT
A PROPOS DE 275 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Bachira EL BAKKALI

Née le 03 Mars 1986 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Siège – Accouchement – Etiologie – Diagnostic – Pronostic.

JURY

Mr. D. FERHATI Professeur de Gynécologie Obstétrique	PRESIDENT
Mme. S. KHABOUZ Professeur de Gynécologie Obstétrique	RAPPORTEUR
Mr. B. KHRAB Professeur de Gynécologie Obstétrique	} JUGES
Mme. N. ZERAIDI Professeur de Gynécologie Obstétrique	
Mme. A. MDAGHRI ALAOUI Professeur de Pédiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

11. Mai et Novembre 1982

12. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
13. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
14. Pr. BENSOUDA Mohamed Anatomie
15. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
16. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

- 17. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 18. Pr. BALAFREJ Amina
- 19. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 20. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 21. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 22. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 23. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
- 24. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 25. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 26. Pr. NAJI M'Barek *
- 27. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 28. Pr. BENJELLOUN Halima
- 29. Pr. BENSALD Younes
- 30. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 31. Pr. IHRAI Hssain *
- 32. Pr. IRAQI Ghali
- 33. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 34. Pr. AJANA Ali
- 35. Pr. AMMAR Fanid
- 36. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép. TAOBANE
- 37. Pr. EL FASSY FHIRI Mohamed Taoufiq
- 38. Pr. EL HAITEM Naïma
- 39. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 40. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 41. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 42. Pr. LACHKAR Hassan
- 43. Pr. OHAYON Victor*
- 44. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

45. Décembre 1988

- 46. Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
- 47. Pr. DAFIRI Rachida
- 48. Pr. FAIK Mohamed
- 49. Pr. HERMAS Mohamed
- 50. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 51. Pr. ADN AOUI Mohamed
- 52. Pr. AOUNI Mohamed
- 53. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 54. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 55. Pr. CHAD Bouziane
- 56. Pr. CHKOFF Rachid
- 57. Pr. KHARBACH Aïcha
- 58. Pr. MANSOURI Fatima
- 59. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 60. Pr. SEDRATI Omar*
- 61. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 62. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 63. Pr. ATMANI Mohamed*
- 64. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 65. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
- 66. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 67. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 68. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
- 69. Pr. BENSOU DA Yahia
- 70. Pr. BERRAHO Amina
- 71. Pr. BEZZAD Rachid
- 72. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 73. Pr. CHANA El Houssaine*
- 74. Pr. CHERRAH Yahia
- 75. Pr. CHOKAIRI Omar
- 76. Pr. FAJRI Ahmed*
- 77. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 78. Pr. KHATTAB Mohamed
- 79. Pr. NEJMI Maati
- 80. Pr. OUAALINE Mohammed*
- Hygiène
- 81. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
- 82. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

- 83. Pr. AHALLAT Mohamed
- 84. Pr. BENOUDA Amina
- 85. Pr. BENSOU DA Adil
- 86. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
- 87. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
- 88. Pr. CHRAIBI Chafiq

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique

89. Pr. DAOUDI Rajae
90. Pr. DEHAYNI Mohamed*
91. Pr. EL HADDOURY Mohamed
92. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
93. Pr. FELLAT Rokaya
94. Pr. GHAFIR Driss*
95. Pr. JIDDANE Mohamed
96. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
97. Pr. TAGHY Ahmed
98. Pr. ZOUHDI Mimoun

Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

99. Pr. AGNAOU Lahcen
100. Pr. AL BAROUDI Saad
101. Pr. BENCHERIFA Fatiha
102. Pr. BENJAAFAR Noureddine
103. Pr. BENJELLOUN Samir
104. Pr. BEN RAIS Nozha
105. Pr. CAOUI Malika
106. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
107. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
108. Pr. EL AOUAD Rajae
109. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
110. Pr. EL HASSANI My Rachid
111. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
112. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
113. Pr. ERROUGANI Abdelkader
114. Pr. ESSAKALI Malika
115. Pr. ETTAYEBI Fouad
116. Pr. HADRI Larbi*
117. Pr. HASSAM Badredine
118. Pr. IFRINE Lahssan
119. Pr. JELTHI Ahmed
120. Pr. MAHFOUD Mustapha
121. Pr. MOUDENE Ahmed*
122. Pr. OULBACHA Said
123. Pr. RHRAB Brahim
124. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
125. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Générale
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

126. Pr. ABBAR Mohamed*
127. Pr. ABDELHAK M'barek
128. Pr. BELAIDI Halima
129. Pr. BRAHMI Rida Slimane
130. Pr. BENTAHILA Abdelali
131. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
132. Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie

133. Pr. CHAMI Ilham
 134. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
 135. Pr. EL ABBADI Najia
 136. Pr. HANINE Ahmed*
 137. Pr. JALIL Abdelouahed
 138. Pr. LAKHDAR Amina
 139. Pr. MOUANE Nezha

Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

140. Pr. ABOUQUAL Redouane
 141. Pr. AMRAoui Mohamed
 142. Pr. BAIDADA Abdelaziz
 143. Pr. BARGACH Samir
 144. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
 145. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
 146. Pr. CHAARI Jilali*
 147. Pr. DIMOU M'barek*
 148. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
 149. Pr. EL MESNAoui Abbes
 150. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 151. Pr. FERHATI Driss
 152. Pr. HASSOUNI Fadil
 153. Pr. HDA Abdelhamid*
 154. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 155. Pr. IBRAHIMY Wafaa
 156. Pr. MANSOURI Aziz
 157. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 158. Pr. RZIN Abdelkader*
 159. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 160. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
 Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

161. Pr. AMIL Touriya*
 162. Pr. BELKACEM Rachid
 163. Pr. BELMAHI Amin
 164. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 165. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 166. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 167. Pr. GAOUZI Ahmed
 168. Pr. MAHFOUDI M'barek*
 169. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 170. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 171. Pr. MOULINE Soumaya
 172. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 173. Pr. OUZEDDOUN Naima
 174. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

175. Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesslem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad*
182. Pr. DERRAZ Said
183. Pr. ERREIMI Naima
184. Pr. FELLAT Nadia
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
186. Pr. HAIMEUR Charki*
187. Pr. KANOUNI NAWAL
188. Pr. KOUTANI Abdellatif
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
191. Pr. NAZI M'barek*
192. Pr. OUAHABI Hamid*
193. Pr. SAFI Lahcen*
194. Pr. TAOUFIQ Jallal
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
198. Pr. ALOUANE Mohammed*
199. Pr. BENOMAR ALI
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
201. Pr. ER RIHANI Hassan
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
203. Pr. KABBAJ Najat
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*
206. Pr. KHATOURI ALI*
207. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*
209. Pr. AIT OUMAR Hassan
210. Pr. BENCHERIF My Zahid
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
213. Pr. CHAOUI Zineb
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 216. Pr. EL FTOUH Mustapha
 217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 218. Pr. EL OTMANY Azzedine
 219. Pr. GHANNAM Rachid
 220. Pr. HAMMANI Lahcen
 221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 222. Pr. ISMAILI Hassane*
 223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 225. Pr. TACHINANTE Rajae
 226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia
 228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
 229. Pr. AJANA Fatima Zohra
 230. Pr. BENAMR Said
 231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
 232. Pr. CHERTI Mohammed
 233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 234. Pr. EL HASSANI Amine
 235. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 236. Pr. EL KHADER Khalid
 237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 239. Pr. HSSAIDA Rachid*
 240. Pr. LACHKAR Azzouz
 241. Pr. LAHLOU Abdou
 242. Pr. MAFTAH Mohamed*
 243. Pr. MAHASSINI Najat
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 245. Pr. NASSIH Mohamed*
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
 Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil
 248. Pr. AOUAD Aicha
 249. Pr. BALKHI Hicham*
 250. Pr. BELMEKKI Mohammed
 251. Pr. BENABDELJLIL Maria
 252. Pr. BENAMAR Loubna
 253. Pr. BENAMOR Jouda
 254. Pr. BENELBARHDADI Imane

Anesthésie-Réanimation
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie

255. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
256. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
258. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
259. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
263. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
264. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
265. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
266. Pr. DRISSE Sidi Mourad*	Radiologie
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
268. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
270. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279. Pr. KABIRI El Hassane*	Chirurgie Thoracique
280. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
290. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
292. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
294. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
295. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
296. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie

297. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
299. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
300. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
302. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
304. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
305. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
308. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
309. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
310. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
313. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
314. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
315. Pr. IKEN Ali	Urologie
316. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
317. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
318. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
319. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
320. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
323. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
325. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
326. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
327. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
329. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
330. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
331. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
332. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
333. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

- 334. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 335. Pr. AMRANI Mariam
- 336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 337. Pr. BENKIRANE Ahmed*
- 338. Pr. BENRAMDANE Larbi*
- 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
- 340. Pr. BOULAADAS Malik
- 341. Pr. BOURAZZA Ahmed*
- 342. Pr. CHAGAR Belkacem*
- 343. Pr. CHERRADI Nadia
- 344. Pr. EL FENNI Jamal*
- 345. Pr. EL HANCHI ZAKI
- 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
- 348. Pr. HACHI Hafid
- 349. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 350. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 351. Pr. KHABOUZE Samira
- 352. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 353. Pr. LEZREK Mohammed*
- 354. Pr. MOUGHIL Said
- 355. Pr. NAOUMI Asmae*
- 356. Pr. SAADI Nozha
- 357. Pr. SASSENOU ISMAIL*
- 358. Pr. TARIB Abdelilah*
- 359. Pr. TIJAMI Fouad
- 360. Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Chimie Analytique
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

- 361. Pr. ABBASSI Abdellah
- 362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
- 363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
- 364. Pr. ALLALI Fadoua
- 365. Pr. AMAR Yamama
- 366. Pr. AMAZOUZI Abdellah
- 367. Pr. AZIZ Noureddine*
- 368. Pr. BAHIRI Rachid
- 369. Pr. BARKAT Amina
- 370. Pr. BENHALIMA Hanane
- 371. Pr. BENHARBIT Mohamed
- 372. Pr. BENYASS Aatif

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie

373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAoui Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOSSI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGoubi Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAoui Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAoui Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique

447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Noureddine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie

487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra
 490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib*
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie
 Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie

Pr. ZOUHAIR Said*
 Pr. L'kassimi Hachemi*
 Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. BASSOU Driss *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. KADI Said *

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. KANOUNI Lamya
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. BOUSSIF Mohamed*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. ZOUAIDIA Fouad
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. CHADLI Mariama*

Microbiologie
 Microbiologie
 Neuro-chirurgie
 Neurologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Rhumatologie
 Traumatologie orthopédique
 Traumatologie orthopédique

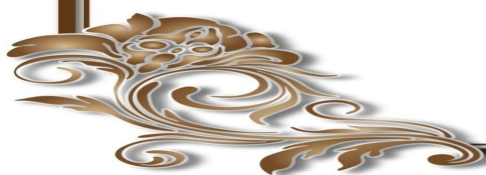
Médecine interne
 Gastro entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie réanimation
 Radiothérapie
 Radiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Médecine aërotique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique
* <i>Enseignants Militaires</i>	

Dédicaces



A MES CHERS PARENTS,

A mon très cher père, merci pour votre amour, pour tout l'enseignement que vous m'avez transmis, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir toujours soutenu, pour vos sacrifices, vos prières et pour l'encouragement sans limites que vous ne cessez de m'offrir...

A ma très chère mère, merci pour vous être sacrifiée pour que vos enfants grandissent et prospèrent, merci de trimer sans relâche, malgré les péripéties de la vie, au bien être de vos enfants, merci pour vos prières, votre soutien dans les moments difficiles, pour votre courage et patience...

Mes chers parents, aucun mot ne se pourra exprimer mon amour pour vous et mon immense reconnaissance.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mes sentiments les plus forts, mon profond respect et ma plus grande gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous prête bonne santé et longue vie.

A mon très cher mari

Adil KELLOUAI

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ton aide, ton soutien, ta compréhension et ton amour; tu étais toujours présent pour m'orienter et me conseiller puisses tu trouver dans ce travail le témoignage de mon amour le plus sincère.

A ma fille Fatima Zahrae

Mon grand amour

J'avais cru que ta naissance allait prendre tout mon temps; bien au contraire ta présence m'a beaucoup encouragée. Je t'aime ma chérie et je te dédie ce travail.

A mes beaux parents

Mr Mohammed KELLOUAI

Mme Malika AHMED ECHRIJ

*Vous nous avez accueillis chez vous, vous nous avez soutenus
et aidé dans les moments difficiles.*

*Je vous en serai toujours reconnaissante
et soyez assurés de mon estime et mon profond respect.*

A ma chère sœur Assia, son mari Yassine et leur petite Safia
A ma chère sœur Maryam, son mari Abdelmajid et leur petite Marwa
A mes très chères sœurs Hafsa et Khadija

A mon cher frère Hamza

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et frères et des amis sur qui je peux compter.

Vous m'avez soutenue dans les différentes étapes de ma vie et de mes études.

En témoignage de l'amour qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A mes grands-parents, mes oncles, mes tantes et mes cousins(es)

A toute la famille El BAKKALI

*A mon beau-frère Hicham, son épouse Ilham
et leur petit bébé qui arrivera dans quelques mois inshallah.*

A mon beau-frère Marouane

Vous avez été d'une gentillesse et d'une serviabilité remarquables.

Vous étiez toujours présents pour m'orienter et me conseiller.

Je vous en serai toujours reconnaissante.

A ma très chère belle sœur Manar

Tu as toujours été une amie fidèle.

*Ton grand cœur, tes qualités humaines m'ont toujours
impressionnée Mon amour pour toi est si profond.*

A toute la famille KELLOUAI

A ma très chère amie et sœur Fatima,

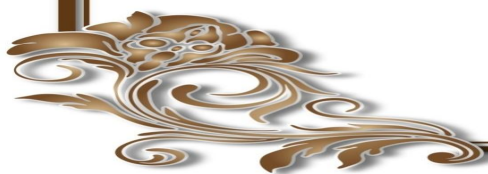
A toute la famille HASSOUNI,

À toutes mes amies d'enfance et d'études

Nous voilà arrivées à la fin d'un long et difficile parcours. Vous étiez toujours présents pour me soutenir, m'écouter et me gâter, vous m'avez beaucoup aidée, je vous en serez toujours reconnaissante. Je vous aime et je vous dédie ce modeste travail.

*À toute personne qui a contribué
e près ou de loin à la réalisation de ce travail*

Remerciements



*A notre maître et Président de thèse
Monsieur le professeur Driss FERHATI
Professeur de gynécologie obstétrique*

*Vous avez bien voulu nous faire honneur en acceptant de
présider le Jury de cette thèse.*

*Vos qualités humaines et professionnelles sont pour nous un
exemple à suivre.*

*Soyez assuré de notre vive reconnaissance et de notre profond
respect.*

A notre maître et Rapporteur de thèse
Mme le professeur Samira KHABOUBE
Professeur de gynécologie obstétrique

Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à chaque étape de sa réalisation.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute admiration.

Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.

À notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Brahim GHRAB
Professeur de gynécologie obstétrique

Vous avez accepté avec grande amabilité de juger cette thèse.

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous
exprimer nos sincères remerciements et notre profond respect.*

*À notre maître et juge de thèse
Mme le professeur Najia ZRAIDI
Professeur de gynécologie obstétrique*

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez accepter, maître, l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse
Mme le professeur Asmae MDAGHRI ALAOUI
Professeur de pédiatrie

*Nous vous remercions pour votre estimable participation dans
l'élaboration de ce travail.*

*Permettez nous de vous exprimer notre admiration pour vos
qualités humaines et professionnelles.*

*Veuillez trouvez ici l'expression de notre grand respect et nos
vifs remerciements.*

Abréviations

Acct	: Accouchement
AG	: âge gestationnel
ATCD	: antécédents
BCF	: bruits cardiaques fœtaux
Bip	: Bipariétal
DCD	: décédé
DDR	: date des dernières règles
GES	: Grande extraction du siège
HTA	: hypertension artérielle
LA	: liquide amniotique
LF	: Longueur fémoral
MFIU	: Mort fœtal in utero
NE	: numéro d'entrée
PRP	: promonto-rétropubien
RCF	: Rythme cardiaque fœtal
RCIU	: Retard de croissance intra-utérin
RCU	: Radiographie du contenu utérin
RPM	: Rupture prématurée des membranes
SA	: Semaine d'aménorrhée
SFA	: Souffrance fœtale aigue
SNN	: Souffrance néonatale
VB	: Voie basse
VME	: Version par manoeuvre externe

Sommaire

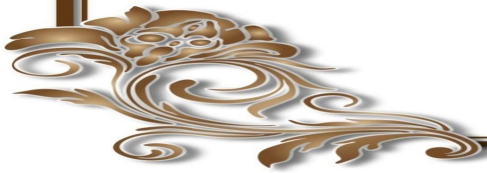
INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	8
RESULTATS	22
A.FREQUENCE :.....	23
B.RESULTATS GLOBAUX :.....	23
1. Profil épidémiologique :	23
1.1 Age maternel :	23
1.2 Niveau socio-économique :.....	25
1.3 Mode d'admission :	25
2. Les antécédents :.....	26
3. Grossesse actuelle :.....	29
3.1 Age gestationnel :	29
3.2 Suivi de grossesse :.....	30
3.3 Bilan prénatal :	31
3.4 Groupage sanguin :.....	31
3.5 Déroulement de la grossesse :.....	32
4. Examen général :	32
4.1 Taille maternelle :.....	32
4.2 Poids maternel :	33
5. Examen obstétrical :	34
5.2 Hauteur utérine :.....	34
5.3 Bruits cardiaques fœtales :.....	35
5.4 Type de siège :.....	35
5.5 Etat de la poche des eaux :.....	36

5.6 Examen du bassin osseux :	37
5.7 Travail :	37
6. Examen complémentaire :	37
6.1 Echographie.....	37
6.2 Radiographie du contenu utérin :	38
6.3 Scannopelvimétrie :	38
C.Facteurs favorisant de la présentation de siège :	38
1. Facteurs maternels :	39
2. Facteurs ovulaires	39
3. Facteurs fœtaux	40
D.DIAGNOSTIC DU SIEGE :	41
E.MODALITES D'ACCOUCHEMENT :	42
1. Accouchement par voie basse	43
1.1 Fréquence :	43
1.2 Déroulement de travail :	43
1.3Complication de travail :	46
2. Accouchement par voie haute	47
2.1 Fréquence :	47
2.2 Indication :	48
3. Mode d'accouchement et facteurs pronostic	50
3.1Age maternel :	50
3.2Taille maternelle :	51
nombre de cas.....	51
F.PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE :	54
1. Pronostic fœtal :	54
2. Pronostic maternel :	64
2.1.1 Voie basse :	64
2.1.2 Césarienne :	65

DISCUSSION	66
G.FREQUENCE :.....	67
1. Fréquence globale de la présentation du siège :	67
2. Fréquence du type de siège :	68
3. Facteurs favorisant la présentation du siège :	69
3.1 Facteurs maternels :	69
a. Anomalies du bassin :	69
b. Malformations utérines :	70
c. La multiparité :	70
d. Fibrome utérin :	71
3.3 Facteurs ovulaires :	71
a. Modification du liquide amniotique :	71
b. Insertion basse du placenta :	71
c. anomalies du cordon ombilical :	72
3.4 Facteurs fœtaux	72
4. Examens complémentaires :	75
4.1 Echographie obstétricale :	76
4.2 Radiographie du contenu utérin :	77
4.3 Scano-pelvimétrie :	77
5. Conduite à tenir :	79
5.1 Bilan d'orientation :	79
5.2 Place de la version par manoeuvre externe :	80
5.3. Césarienne ou voie basse :	87
5.3.1. Critères de choix :	87
5.3.2. Césarienne prophylactique	90
5.3.3 Déroulement de l'accouchement :	92
5.3.3 Césarienne au cours du travail :	94

6. Critères influençant le pronostic d'accouchement par le siège :	95
6.1. Critères maternels :	95
a. Âge maternel :	95
b. Taille maternelle :	96
c. parité :	97
d. Cicatrice utérine :	98
6.2. Critères obstétricaux :	99
6.2.1. Au cours de la grossesse :	99
6.2.2. Déroulement du travail :	101
7. Pronostic de l'accouchement du siège :	112
7.1. Pronostic fœtal :	112
7.1.1. Mortalité fœtale :	112
7.1.2. Morbidité fœtale :	113
7.2. Pronostic maternel :	116
7.2.1. Mortalité :	116
7.2.2. Morbidité :	117
CONCLUSION	121
RESUMES	123
BIBLIOGRAPHIE	127

Introduction



Aussi vieille que l'humanité, la présentation du siège reste encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique. L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt en partie à cause de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale associée. Si les causes classiques réparties en quatre groupes – qui sont : les causes utérines congénitales ou acquises, les causes ovulaires, les causes pelviennes, et les causes fœtales – sont facilement retrouvées, il est important de considérer les présentations du siège sans cause déterminable. Si aucun accouchement ne se présente mathématiquement sans risque, l'accouchement du siège est particulièrement exposé à des risques comme la souffrance fœtale avec ses séquelles à court ou long terme et la mort néonatale. Ces risques de mortalité et de morbidité fœtale sont de 5 à 10 fois plus importants que dans les accouchements du sommet.

La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale dans laquelle l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin.

Il est classique d'opposer deux modalités principales de présentation podalique :

1- Le siège complet (moins de 1/3 des cas) : les jambes sont très fléchies sur les cuisses, elles-mêmes modérément fléchies sur le bassin. Le fœtus semble assis «en tailleur» et les membres inférieurs repliés augmentent les dimensions de la présentation.

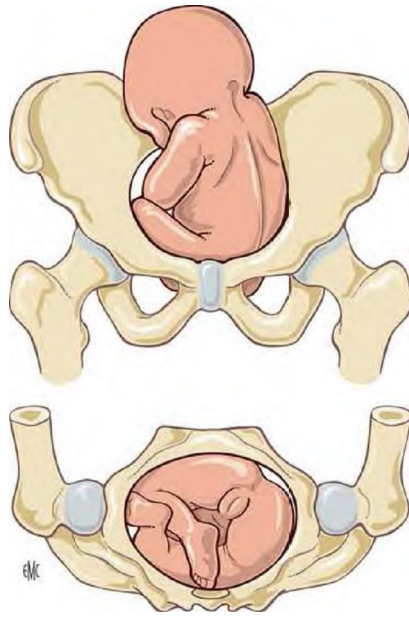


Figure 1 : Siège complet.

2- Le siège décomplété mode des fesses (Frank breech) est le plus fréquent (2/3 des cas environ) : les jambes sont totalement en extension devant le tronc, les cuisses hyperfléchies sur le bassin, ce qui amène les pieds à hauteur de la tête fœtale.

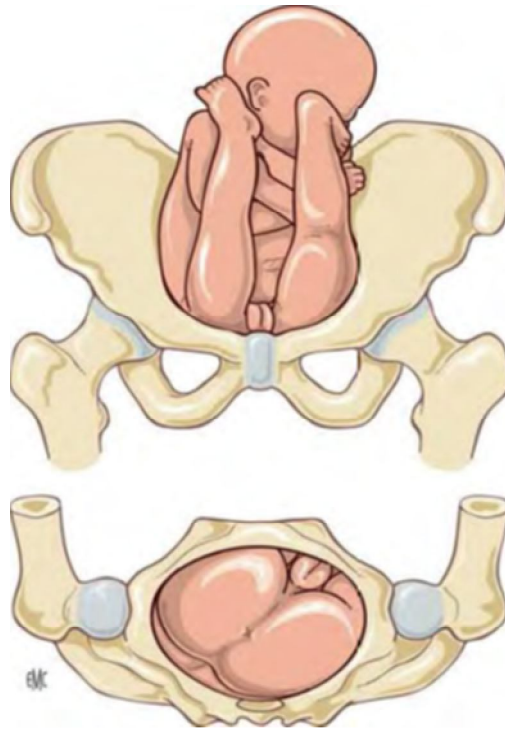


Figure 2 : Siège décomplété, mode des fesses.

Deux autres modalités sont très rares :

1. Le siège décomplété mode des genoux, membres inférieurs «1/2 fléchis sous le siège»
2. Le siège décomplété mode des pieds, le fœtus étant debout dans l'excavation pelvienne.

Hippocrate explique l'accouchement céphalique normal par les mouvements du fœtus qui, poussé par la faim, quitte l'utérus en arc boutant ses pieds contre le fond utérin.

En cas de présentation autre que céphalique, l'accouchement ne peut se faire normalement et Hippocrate conseille la version.

1550: Ambroise Pare recommande la version podalique.

1668: François Mauriceau décrit la manoeuvre du dégagement de la tête dernière

1743: Jacques MESNARD et 1748 Smiller utilisent le forceps pour terminer l'extraction de la tête dernière

1821: Madame Marie-Louise la Chapelle, sage-femme du roi, codifie l'accouchement du siège par le devoir de l'accoucheur de se garder de céder à l'impatience. L'accoucheur doit avec ménagement et lenteur, recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que de l'extraire

1937: Bracht préconise l'abstention jusqu'à l'expulsion

1948: Les auteurs Vermelin et Ribar défendent une abstention plus absolue

A leur suite, on se montrera moins interventionnistes, sauf en ce qui concerne le dégagement des épaules et de la tête

1959: R C Wright aux Etats-Unis présente la césarienne systématique comme moyen de réduire la mortalité et la morbidité périnatale

1975: Kubli en Allemagne soutient que la césarienne est la méthode la plus sûre et la plus simple pour éviter l'acidose lors de l'expulsion par voie basse.

Il provoqua une influence énorme sur la voie d'accouchement en Allemagne qui connaîtra une hausse considérable du taux de césarienne.

Dans les années 1980, les défenseurs de la voie basse haussent le ton, en relevant un taux de morbidité maternelle de 49%, et défendent la voie basse dans certains cas sélectionnés avec risque minimum pour la mère et l'enfant

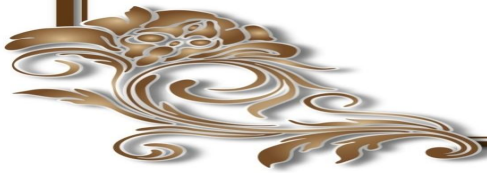
1983: Gimovsky prône l'alternative de la voie basse à la césarienne systématique en raison d'une morbidité néonatale comparable.

1998: Bodmer et Coll. font une très belle étude sur les sièges prématurés et montrent que la césarienne systématique n'améliore pas les conditions des enfants sauf pour les grands prématurés de 28 semaines d'aménorrhées au moins.

L'histoire contemporaine de l'accouchement par le siège montre que malgré l'amélioration notable du pronostic fœtal, des divergences subsistent en ce qui concerne les attitudes thérapeutiques. La multitude des facteurs pronostics de l'accouchement en présentation du siège empêche de définir une attitude thérapeutique standard face aux cas d'accouchements dystociques. La version par manœuvre externe proposée par certains auteurs est contestée par d'autres car reprochée d'être souvent impossible surtout chez la nullipare, elle peut être dangereuse car elle peut entraîner la mort du fœtus par décollement du placenta ou accident funiculaire. La version par manœuvre externe a été réintroduite à l'obstétrique moderne comme une alternative sûre et efficace pour l'accouchement du fœtus en présentation du siège. La préoccupation des obstétriciens est de considérer le devenir psychomoteur de l'enfant né, et non la simple extraction d'un fœtus même au prix des techniques les plus raffinées du monde. Une surveillance prénatale correcte, l'établissement d'un bilan obstétrical materno-fœtal, et la prise en charge néonatale précoce contribuent à améliorer le pronostic fœtal des accouchements du siège.

Nous rapportons une série rétrospective concernant tous les accouchements en présentation de siège pendant la période comprise entre 1^{er} janvier et 31 décembre 2010, réalisés à la Maternité Souissi I du Centre Hospitalier Universitaire Rabat-Salé. La discordance, voire les contradictions de la prise en charge de l'accouchement de cette présentation, nous ont motivé à présenter l'expérience de notre service et à discuter avec la revue de la littérature les aspects cliniques, pronostic et la conduite à tenir face à cette présentation.

Matériel et méthodes



Nous avons réalisé une étude rétrospective concernant tous les accouchements en présentation de siège dans la maternité Souissi I de Rabat, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010. Pendant cette période nos services ont réalisés 7404 accouchements.

Nous avons inclus dans notre étude toutes les présentations de siège y compris l'accouchement du siège prématuré et les grossesses multiples.

Supports :

Les données ont été recueillies à partir des registres d'accouchement, compte-rendu opératoire et dossiers d'accouchement et ont été consignées sur une fiche d'exploitation individuelle.

Saisie et analyse :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 19.

FICHE D'EXPLOITATION :

1. IDENTITE

Nom _____ et _____ Prénom _____ :
/ _____ /

NE: /

Age: / _____ / (année)

Profession: / _____ / (1=fonctionnaire, 2=ménagère, 3=élève, 5=femme au foyer, 6=autre)

Statut matrimonial: / _____ / (1=célibataire, 2=mariée, 3=divorcée, 4=veuve)

Niveau socio-économique: / _____ / (1=bas, 2=moyen, 3=élevé,)

2. ATCD

Familiaux: / /

Personnels :

 **Médicaux :** HTA / / ; diabète / / ; asthme / / ;
autre / /

 **Chirurgicaux:**
/ /

 **Gynécologique :**

Fibrome utérin: / _____ / (O/N)

Myomectomie: / _____ / (O/N)

Malformation utérine: / _____ / (O/N)

Synéchie utérine: / _____ / (O/N)

 Obstétricaux :

Nombre de geste: / ____ /

Nombre de parité: / ____ /

Gémellité: / ____ / (O/N)

Césarienne: / ____ / (O/N)

Nombre de césarienne :

ATCD d'avortement ou de fausse couche: / ____ / (O/N)

ATCD d'accouchement par siège: / ____ / (O/N)

3. MOTIF D'HOSPITALISATION :

Date d'admission :

Mode d'admission: / ____ / (1=référée, 2=Venue elle).

Ville référante :

Suivi de grossesse: /-----/ (1=non suivi ;2=centre de santé ;3=centre de diagnostique ;4=hôpital ;5=privé)

Bilan prénatal: /-----/ (1=fait ; 2=non fait ; 3=incomplet)

Groupage ABO rhésus :

Diagnostic du siège: / ____ / (1=Avant travail d'accouchement, 2=au cours du travail d'accouchement)

4. EXAMEN CLINIQUE :

4.1 EXAMEN GENERAL

Taille: /_____/ (cm)

Poids: /_____/ (kg)

Température :

Œdème des membres inférieurs:

Tension artérielle: /_____/ (mm hg)

4.2 EXAMEN OBSTETRICAL

DDR:/_____/

Age gestationnelle:/_____/ (SA)

Hauteur utérine : /_____/ (cm)

Contraction uterine:/_____/ (1 =oui ; 2 = non)

BCF /..... /

Utérus étalé: /_____/ (1=longitudinalement ;
2=transversalement)

Touché vaginal :

Score de bishop :

Dilatation du col : /_____/ (cm)

Effacement du col : /_____/ (1=épais ; 2=moyen ; 3=effacé)

Consistante du col : /_____/ (1=ferme ; 2=moyenne ; 3=molle)

Position du col : / _____ / (1=post ; 2=médian ; 3=ant)

Présentation: / _____ / (1=mobile ; 2=amorcée ; 3=fixée ; 4=engagée)

Présentation de siège : / _____ / (1=complet ; 2=décomplété ; 3=inaccessible)

Orientation de la présentation: / ____ / (1=SIGA, 2=SIDP, 3=SIGP, 4=SIDA)

Poche des eaux : / _____ / (1= Intacte ; 2= Rompue ; 3= Fissurée)

Si rompue: / ____ / (1=prématurément, 2=précocement, 3=tempestivement)

Délai de rupture: / _____ / (h)

Aspect du LA :

Examen du périnée: / _____ / (1=Normal ; 2= Court ; 3= Cicatriciel)

Examen du bassin: / _____ / (1= Normal ; 2= Suspect ; 3= Rétréci)

Facteur de risque associé: / ____ /

(1=fibrome utérin, 2=malformation utérine, 3=tumeur praevia, 5=hydramnios,

6=hypotrophie fœtale, 7=gémellité, 8=prématurité, 9=autres

4.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiographie du contenu :

Enregistrement du Rythme cardiaque foetale

réalisée: /_____/ (O/N)

Résultat:/.....

...../

Echographie obstétricale: /_____/ (O/N)

Type de présentation :

Biométrie: LF : BIP : circonférence
abdominale :

AUTRE :

Estimation du poids fœtal :

AG échographique

Signes de maturations échographiques :

Quantité du LA :

Placenta : /_____/ 1=Normalement inséré ;2=Bas inséré

Type d'insertion :

Autres anomalies :

scannopelvimétrie: / _____ / (O/N)

PRP :

Transverse médian :

Bisciatique :

Indice de Magnin :

4.4 VERSION PAR MANOEUVRE EXTERNE:

AG de réalisation : / _____ /

Echec : / _____ / (O/N)

5. TRAVAIL

5.1 Mode d'accouchement : / _____ / (1=césarienne ; 2= voie basse)

5.1.1 Césarienne:

Indication :

Référée : / _____ / (O/N)

Césarienne: / _____ / (1= urgence ; 2=prophylactique)

Manœuvres obstétricales réalisée avant césarienne : / _____ /

(1=Morisseau, 2=Vermelin, 3=Bracht, 4=Autres 5=non faite)

Quantité du saignement : / _____ / (ml)

Durée de la césarienne : / _____ / (mn)

Anesthésie: / _____ / (1=rachianesthésie ; 2= anesthésie générale ; 3= péricidurale)

Type d'hystérotomie: / _____ / (1=segmentaire ; 2= corporelle ; 3=segmento corporelle)

Adhérences: / _____ / (1=oui ; 2=non)

Extraction: / _____ / (1= cephalique ; 2= podalique)

Délivrance: / _____ / (1=naturelle ; 2=dirigée ; 3=artificielle)

Placenta: / _____ / (1= complet ; 2=incomplet)

Type du cordon ombilical:

Complications per-opératoires : / _____ / (O/N)

.....

Complications post opératoires : / _____ / (O/N)

.....

Séjours en milieu de réanimation : / _____ / (O/N)

Evolution :

5.1.2 Accouchement par voie basse :

5.1.2.1 Déroulement du travail :

Admise en travail : / _____ / (1= Dilatation ; 2=Engagement)

Durée du travail : / _____ /

Médicaments reçus : / _____ / (O/N)

*Ocytocine : durée de perfusion :

* Antispasmodiques

Admise en dehors du travail :/_____/ (1= Déclenchement ;
2=Activation ; 3=Entrée spontanément en travail)

1.1.1.1.*Spontané* :

Episiotomie :/_____/ (O/N)

1.1.1.2.*Manoeuvres obstétricales* :

Lovset :

Bracht :

Mauriceau :

Ventouse sur siège :

Forceps sur tête dernière :

1.1.1.3.*Complications du travail* : /_____/ (O/N)

Types de complications :/_____/

1=Rupture utérine ;

2=Inertie utérine ;

3=Rétention placentaire : (Totale/ Partielle) ;

4=Déchirure vaginale ;

5=Déchirure du col ;

6=dechirure du perinée

7=Hémorragie de la délivrance : quantité du saignement :

8= Lésions vésicales

9= Procidence cordon

Rétention de la tête dernière

Gestes réalisés : / _____ /

1=Laparotomie :

2=revision utérine :

3=Délivrance artificielle :

4=Sutures de lésions cervico vaginales

5=Utéro toniques

6=Gestes de réanimation

Hospitalisation en réanimation : / ____ / (O/N) durée : / ____ / (j)

Evolution :.....

6. EXAMEN DU NOUVEAU NE ET SES ANNEXES

Etat du nouveau-né :

Sexe: / ____ / (1=Masculin, 2=Feminin)

Poids: / ____ / (gr)

Taille: / ____ / (cm)

Périmètre crânien: / ____ / (cm)

Score d'Apgar à la naissance / ____ / ; à 5mn / ____ / ; à 10mn
/ ____ /

Prise en charge néonatale : / ____ / (1=A la salle d'accouchement ; 2=Au service de néonatalogie ; 3=pas de prise en charge néonatale)

Réanimé / ____ / (O/N)

* Si oui durée: / ____ / (min)

Evacué: / ____ / (O/N)

* Si oui motif: / ____ / (1=SFA, 2=fracture, 3=paralysie plexus brachial 4=luxation épaule, 5=autres.....)

Evolution.....

Existence de Malformation : / ____ / (O/N)

(1=hydrocéphalie, 2=anencéphalie, 3=spina-bifida, 4=omphalocèle, 5=autres.....)

Existence de traumatisme : / ____ / (O/N)

Nouveau-né: / ____ / (1=vivant, 2=décédé, 3=mort-né)

*Cause décès :

1. SFA: / ____ / (O/N)
2. Procidence cordon: / ____ / (O/N)
3. Rétention tête derrière: / ____ / (O/N)
4. Placenta Praevia: / ____ / (O/N)
5. Dystocie: / ____ / (O/N)
6. Trauma obstétrical: / ____ / (O/N)
7. Malformation: / ____ / (O/N)

8. Prematurité

9. hypotrophie

10. :.....

Complication neonatal: /-----/

Echographie de la hanche :

7. PRONOSTIC MATERNEL

Complications: /_____/ (O/N)

1. Déchirure col: /____/ (O/N)

2. Déchirure vulvovaginale: /____/ (O/N)

3. Déchirure Périnéale: /____/ (O/N)

4. Fistule vésico-vaginale: /____/ (O/N)

5. Rectovaginale: /____/ (O/N)

6. Hémorragie: /____/ (O/N)

7. Suppuration pariétale: /____/ (O/N)

8. Hyperthermie

9. Cystite

10. Endométrite

11. Thrombophlébite

12. Plaie digestive

Mère décédée: /____/ (O/N)

* Si décès cause: /..... /

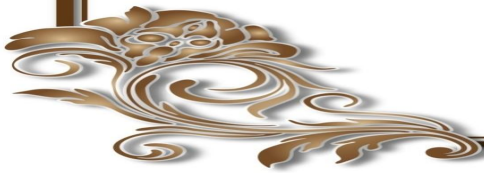
Evolution :

Durée séjour :

Le but de notre travail consiste à :

- Déterminer la fréquence des accouchements par le siège.
- Faire le diagnostic de la présentation de siège.
- Déterminer la voie et le mode d'accouchement dans la présentation du siège.
- Evaluer le pronostic fœtal et maternel dans l'accouchement en présentation de siège.

Résultats



A. FREQUENCE :

Du 1er Janvier 2006 au 31 Décembre 2010, 7404 accouchements ont eu lieu à la maternité Souissi I du centre hospitalier universitaire de Rabat-Salé, dont 275 cas par le siège, soit une fréquence de 3,71%.

B. RESULTATS GLOBAUX :

1. Profil épidémiologique :

1.1 Age maternel :

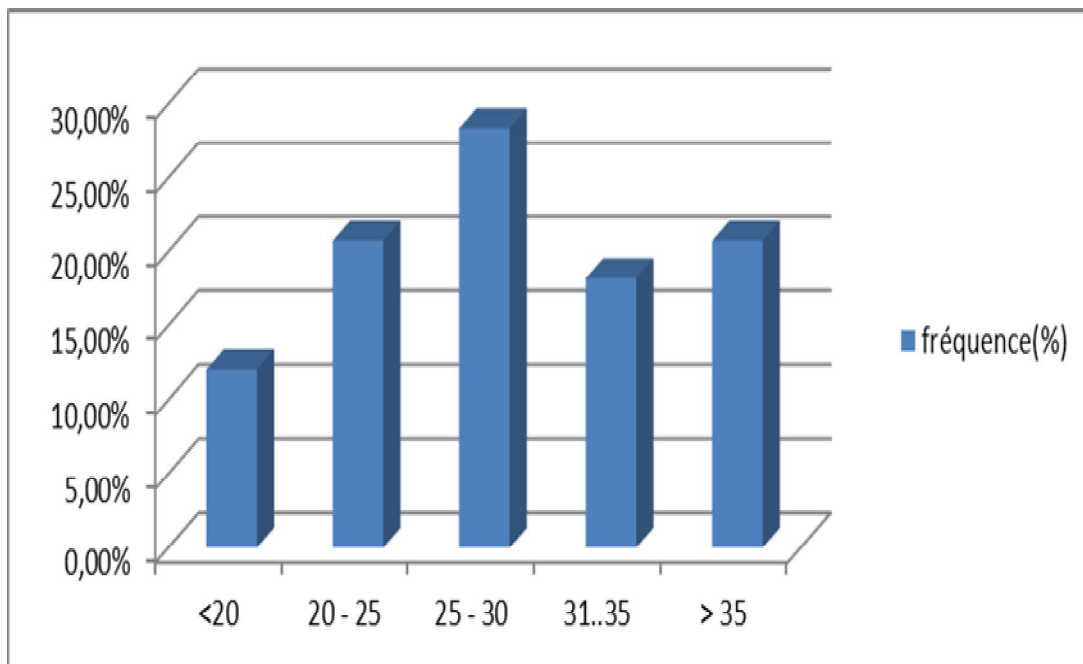
Nous avons réparti l'ensemble de nos parturientes en 6 tranches d'âge. Sur les 275 cas étudiés, 5 patientes n'ont pas précisé leur âge, pour les autres, la moyenne d'âge est de 24 ans avec des extrêmes variant entre 16 et 45 ans.

La majorité de nos parturientes appartiennent à la tranche d'âge : 25-30 ans, soit une fréquence de 29%.

Nous remarquons que la somme des femmes âgées de moins de 20 ans et celles âgées de plus de 35 ans représente le tiers des patientes étudiées (31,48%)

âge (ans)	nombre de cas	fréquence
<20	33	12,22%
20 – 25	57	21%
25 – 30	78	29%
31 – 35	50	18,52%
> 35	52	19,26%
Total	270	100,00%

Tableau1: répartition des parturientes selon âge.



Graphique 1 : répartition des parturientes selon l'âge

1.2 Niveau socio-économique :

Parmi 275 parturientes, 89 bénéficient d'une couverture sociale, 186 ne possèdent aucune couverture.

Etat social	fréquence	pourcentage
présence de couverture sociale	89	32%
pas de couverture sociale	186	68%
Total	275	100,0

Tableau 2 : répartition des patientes en fonction de la couverture sociale.

1.3 Mode d'admission :

199 parturientes se sont présentées pour la première fois à la maternité Souissi pour accouchement (72,4%), alors que 76 patientes ont été référées à notre centre (27,6%).

La plupart des patientes référées étaient de Tiflet-Khmissat (18 cas), Temara (12 cas), Benslimane (9 cas) et Bouznika(6 cas).

mode d'admission	fréquence	pourcentage
Référée	76	27,6%
Première consultation	199	72,4%
Total	275	100,0%

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

2. Les antécédents :

•Médicaux :

Nous avons relevés :

- ✧ 5 cas d'hypertension artérielle
- ✧ 5 cas de diabète
- ✧ 11 cas d'asthme
- ✧ 2 cas d'anémie
- ✧ 7cas de cardiopathies
- ✧ 1 cas de glaucome
- ✧ 2 cas de goitre
- ✧ 1 cas d'insuffisance surrénalienne
- ✧ 1 cas de phlébite du membre inférieur
- ✧ 1 cas de tuberculose pulmonaire traité

•Chirurgicaux :

- ✧ 2 patientes étaient opérées pour nodule du sein
- ✧ 1 opérée pour fistule anale
- ✧ 2 cholécystectomies
- ✧ 1 appendicectomie
- ✧ 1 opérée pour kyste hydatique du foie
- ✧ 1 opérée pour péritonite appendiculaire

•Gynécologique :

- ✧ Fibrome utérin : 7 cas dont une a été opérée (myomectomie)
- ✧ Malformation utérine : 3 cas d'utérus bicorné
- ✧ 1 cas de grossesse extra utérine avec salpingectomie droite

•**Obstétrique :**

✓ Parité :

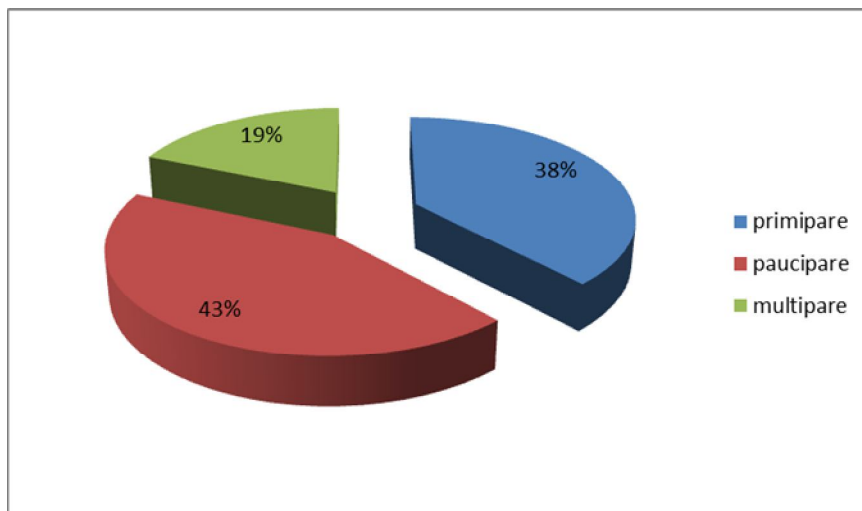
Nous avons considéré comme :

- ✧ primipare (IP) : parturiente ayant une seule parité.
- ✧ paucipare : parturiente ayant 2 ou 3 parités.
- ✧ multipare : parturiente ayant 4 parités et plus.

Ainsi, la présentation du siège était plus fréquente chez les primipares (38,18%) que chez les multipares (18,55 %).

parité	nombre de cas	fréquence
Primipare	105	38,18%
Paucipare	119	43,27%
Multipare	51	18,55%
Total	275	100,00%

Tableau 4 : Répartition des accouchements selon la parité



Graphique 2 : Répartition des accouchements selon la parité.

✓ **Antécédents d'accouchement par siège:**

La grande majorité des femmes n'avaient jamais accouché par le siège auparavant : 94,2 %.

Antécédents de siège	Fréquence	Pourcentage
Non	259	94,2%
Oui	16	5,8%
Total	275	100,0%

Tableau 5 : Répartition des parturientes selon l'antécédent de siège

✓ **Utérus cicatriciel :**

Nous avons retenu 27 cas d'utérus cicatriciel avec une présentation de siège, dont 26 cicatrices de césarienne et une cicatrice de myomectomie

utérus cicatriciel	nombre de cas	Fréquence
Oui	27	9,82%
Non	248	90,18%
Total	275	100,00%

Tableau 6 : Répartition des parturientes selon l'état de l'utérus

- ✓ Antécédents de gémellité : 5 cas.
- ✓ Antécédents de fausse couche : 32 cas.
- ✓ Antécédents de mort-né : 19 cas dont la cause n'est pas précisée.

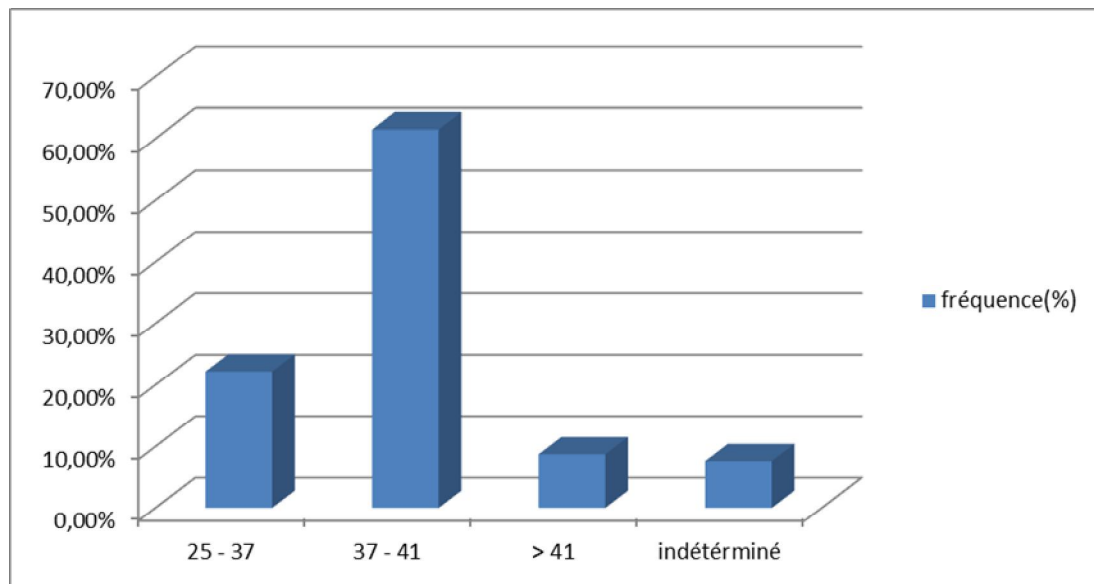
3. Grossesse actuelle :

3.1 Age gestationnel :

Nous avons recensé : 61 cas de prématurité soit une fréquence de 22,18%, 15 cas de dépassement de terme soit 5,45% et 178 cas de grossesse à terme soit 64,73%, alors que 21 patientes dont l'âge gestationnel n'est pas déterminé avec précision

âge gestationnel (en SA)	nombre de cas	fréquence(%)
25 – 37	61	22,18%
37 – 41	178	64,73%
> 41	15	5,45%
Indéterminé	21	7,64%
Total	275	100,00%

Tableau 7 : Répartition des accouchements selon âge gestationnel



Graphique 3 : Répartition des accouchements selon âge gestationnel.

3.2 Suivi de grossesse :

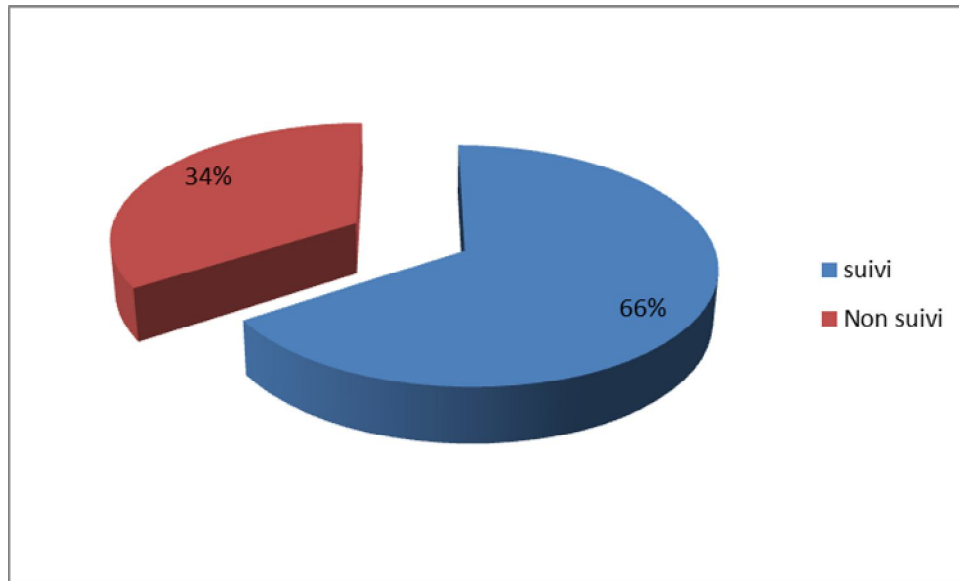
suivi de grossesse	nombre de cas	Fréquence
Suivi	181	65,8%
Non suivi	94	34,2%
Total	275	100%

Tableau 8 : répartition des parturientes selon suivi de la grossesse.

lieu du suivi	nombre de cas	fréquence
centre de santé	89	49,17%
centre de diagnostic de l'hôpital	47	26%
Privé	45	24,83%
Total	181	100,00%

Tableau 9 : répartition des patientes selon lieu du suivi

Parmi 275 patientes, 94 n'ont pas suivi leur grossesse soit 34,2% ; alors que 65,8% ont fait des consultations prénatales, 75,17% de ces consultations se sont déroulées au niveau des formations sanitaires publiques le plus souvent au niveau des centres de santé (49,17%) alors que 24,83% des consultations se sont déroulées au niveau du secteur privé.



Graphique 4 : répartition des parturientes selon suivi de la grossesse.

3.3 Bilan prénatal :

bilan prénatal	nombre de cas	fréquence
Complet	61	22,18%
Incomplet	129	46,91%
Non fait	85	30,91%
Total	275	100,00%

Tableau 10 : répartition des parturientes en fonction du bilan prénatal

Les patientes, qui ont fait un bilan prénatal complet permettant de faire un diagnostic précoce de la présentation du siège, ne dépassent pas le quart des patientes.

3.4 Groupage sanguin :

Les groupes sanguins les plus fréquents sont de rhésus positifs : O+ (27,6%), A+ (17,8%), B+ (14,2%), tandis que le rhésus négatif est peu fréquent (5,4%). 30,5% des parturientes n'ont pas fait le groupage sanguin.

3.5 Déroulement de la grossesse :

- ✧ une patiente a présenté une colique néphrétique gauche dont l'âge gestationnel n'est pas précisé
- ✧ 11 patientes ont présenté une HTA gravidique
- ✧ 3 patientes ont présenté une intolérance au glucose
- ✧ 2 patientes ont présenté un diabète gestationnel
- ✧ 1 patiente a présenté une pré-éclampsie
- ✧ 1 patiente a présenté une poussée de la rougeole

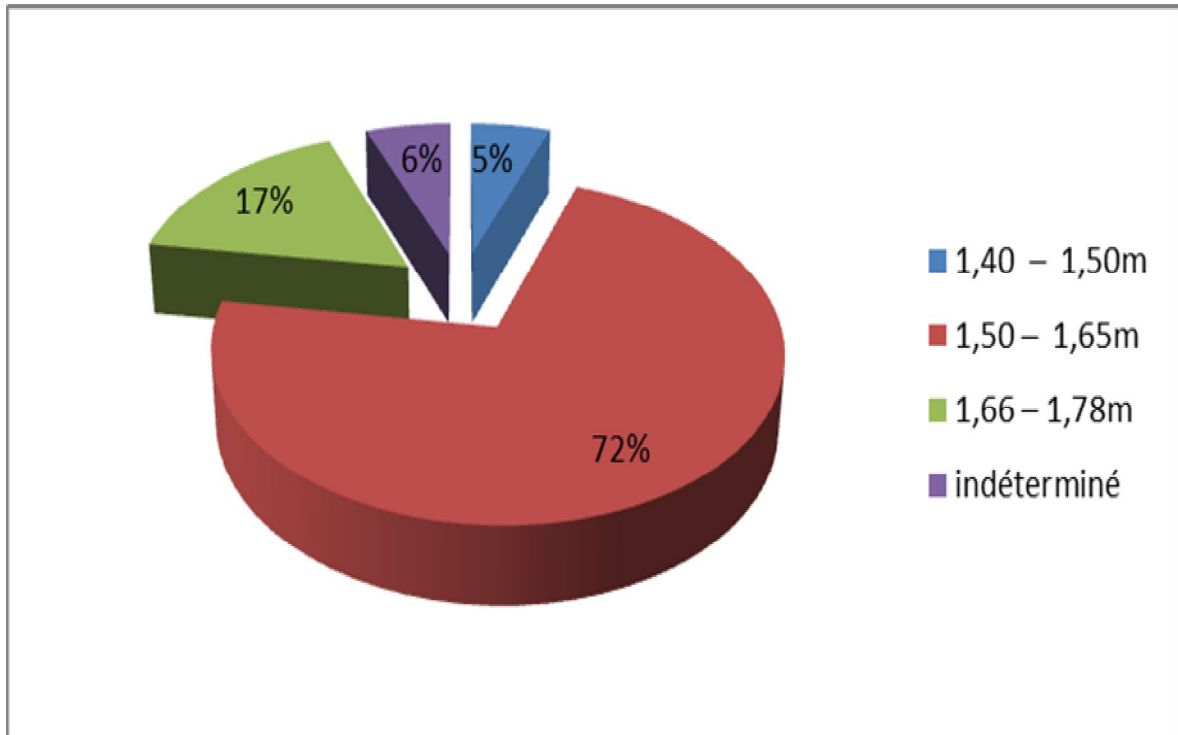
4. Examen général :

4.1 Taille maternelle :

- ✧ La majorité de parturientes ont une taille comprise entre 1,51 et 1,65m avec des extrêmes de 1,40 et 1,78m
- ✧ 15 cas ont une taille inférieure à 1,50m, soit une fréquence de 5,79%
- ✧ 16 parturientes dont la taille n'a pas été prise à l'admission

Intervalle de taille maternelle	Nombre de cas	Fréquence
1,40 – 1,50m	15	5,79%
1,50 – 1,65m	198	76,45%
1,66 – 1,78m	46	17,76%
Non prise	16	6,18%
Totale	275	100,00%

Tableau 11 : répartition des parturientes selon la taille maternelle



Graphique 5 : répartition des parturientes selon la taille maternelle.

4.2 Poids maternel :

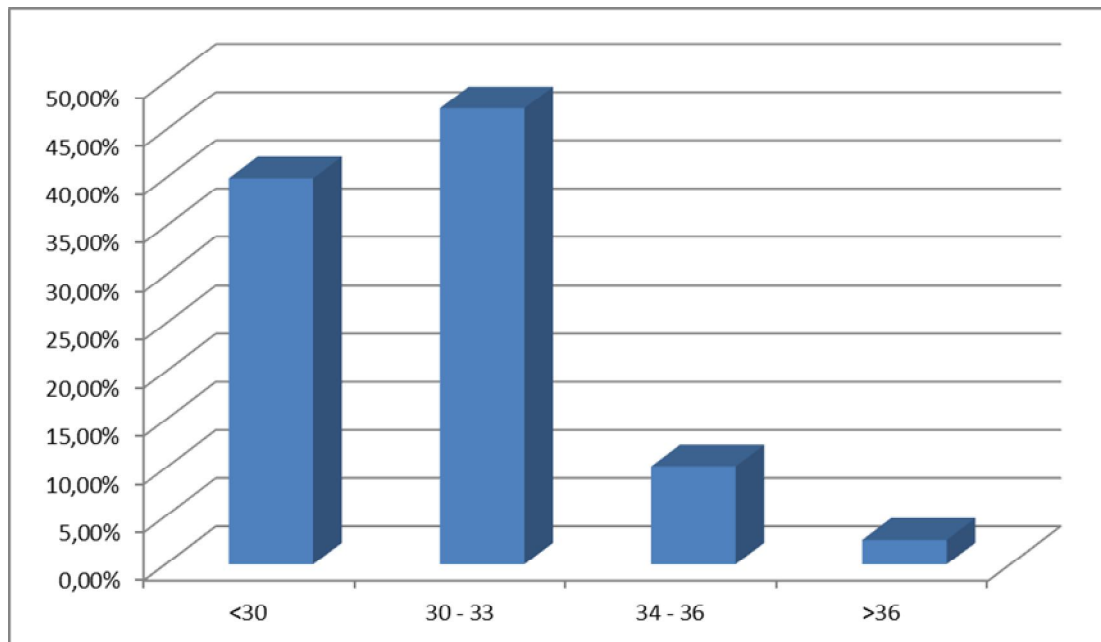
Pour 275 parturientes, le poids n'a pas été pris chez 16 cas. Chez les 259 cas pour lesquelles le poids est pris, on note une moyenne de 72,6 kg avec des extrêmes de 43 et 108 kg.

5. Examen obstétrical :

5.2 Hauteur utérine :

hauteur utérine	nombre de cas	Fréquence
<30	110	40,00%
30 – 33	130	47,27%
34 – 36	28	10,18%
>36	7	2,55%
Total	275	100,00%

Tableau 12 : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine



Graphique 6 : Répartition des parturientes en fonction de la hauteur utérine.

5.3 Bruits cardiaques fœtales :

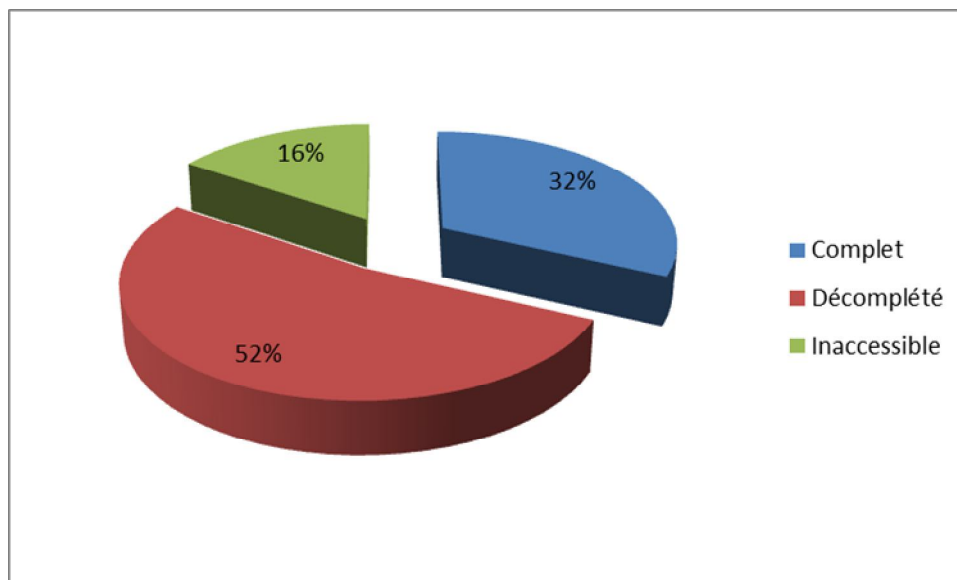
Ils sont positifs et réguliers dans 266 cas, soit une fréquence de 97%, et assourdis dans 9 cas.

5.4 Type de siège :

Dans notre série, nous avons constaté que le siège décomplété était le mode de présentation le plus fréquent avec un taux de 52,4% contre 32% pour le siège complet.

Type de siège	Nombre de cas	Fréquence(%)
Complet	88	32,0
Décomplété	144	52,4
Inaccessible	43	15,6
Total	275	100,0

Tableau 13 : répartition des patientes selon le type de siège



Graphique 7 : répartition des patientes selon le type de siège

5.5 Etat de la poche des eaux :

Etat des poches des eaux	Mode d'accouchement		Total
	Césarienne	Voie basse	
Intacte	72	61	133
Rompue	76	68	142
Total	148	127	275

Tableau 14 : Répartition selon l'état de la poche des eaux

142 femmes sont arrivées à la maternité avec une poche des eaux rompues soit 52% contre 48% des cas dont la poche des eaux est intacte

Le liquide amniotique est clair dans 118 cas soit 83,1% et teinté dans 17 cas soit 11,98%.

aspect du liquide amniotique	nombre de cas	Fréquence
Clair	118	83,1%
Teinté	17	11,98%
Méconial	7	4,92%
Total	142	100,00%

Tableau 15 : répartition selon l'aspect du liquide amniotique.

délai de rupture	nombre de cas	fréquence
< 12h	94,0	68,12%
> 12h	44,0	31,88%
Total	138,0	100,00%

Tableau 16 : répartition selon le délai de rupture

5.6 Examen du bassin osseux :

examen du bassin	nombre de cas	Fréquence
Normal	240	87,27%
Suspect	14	5,09%
Rétréci	11	4,00%
non précisé	10	3,64%
Total	275	100,00%

Tableau 17 : répartition des patientes selon l'état du bassin

5.7 Travail :

Sur 275 patientes, 214 ont été admises en travail soit 77,8%, les autres ont été admises en dehors du travail.

Pour les femmes ayant accouché par voie basse, 86,62% ont été admises en travail dont 70,87% sont arrivées en phase active du travail.

6. Examen complémentaire :

6.1 Echographie

Parmi les 275 observations étudiées dans notre série, 253 cas ont bénéficié d'une échographie obstétricale dès leur admission, soit une fréquence de 92%.

A l'aide de cet examen, nous avons pu relever :

- 11 cas de macrosomie.
- 11 cas d'hypotrophie fœtale (RCIU).
- 7 cas d'oligoamnios.
- 9 cas d'hydramnios.
- 4 cas de placenta bas inséré.
- 64 cas de gémellité.

6.2 Radiographie du contenu utérin :

26 patientes ont bénéficié d'une radiographie du contenu utérin, soit une fréquence de 9%. Pour 6 patientes, le fœtus a présenté une déflexion de la tête fœtale, imposant une césarienne.

6.3 Scannopelvimétrie :

Dans notre série, 15 parturientes, soit 5%, ont bénéficié d'une scannopelvimétrie qui a révélé un bassin rétréci dans 9 cas et un bassin normal dans les 6 autres.

C. Facteurs favorisant la présentation de siège :

Nous avons retrouvé des facteurs étiologiques dans 241 cas, soit 87,63 %. Ces facteurs sont classés en 3 rubriques :

- Facteurs maternels représentant 24% des cas.
- Facteurs ovulaires : 10,4% des cas.
- Facteurs fœtaux : 65,6%.

Chez plusieurs patientes, nous avons retrouvé l'association de deux ou trois facteurs favorisant voire plus ; par exemple, la grossesse gémellaire associée à une prématurité a été retrouvée chez 26 cas dont deux ont présenté un hydramnios.

1. Facteurs maternels :

Les facteurs maternels sont dominés par la multiparité avec une fréquence de 57,30% suivie par les anomalies du bassin avec une fréquence de 28,09%.

facteurs maternels	nombre de cas	Fréquence
Multiparité	51	57,30%
Anomalie du bassin	25	28,09%
fibrome utérin	7	7,87%
malformation utérine	3	3,37%
primipare âgée	3	3,37%
Total	89	100,00%

Tableau 18: Répartition des facteurs maternels

2. Facteurs ovulaires

Parmi les facteurs ovulaires pouvant favoriser le siège, nous avons pu relever :

- ✧ 4 cas de placenta prævia
- ✧ 7 cas d'oligoamnios
- ✧ 9 cas d'hydramnios
- ✧ 5 cas de cordon ombilical double circulaire.

3. Facteurs fœtaux

Les facteurs fœtaux favorisant la présentation du siège sont dominés par la gémellité avec une fréquence de 40,51%.

facteurs fœtaux	nombre de cas	Fréquence
Prématurité	60	37,97%
Hypotrophie	11	6,96%
Gémellité	64	40,51%
malformations fœtaux	12	7,59%
Macrosomie	11	6,96%
Total	157	100,00%

Tableau 19 : Répartition des facteurs fœtaux.

Les principales malformations fœtales retrouvées au cours de notre étude sont :

Type de malformation	nombre de cas	pourcentage
Hydrocéphalie	4	33,33%
malformation des pieds	2	16,67%
malformation de la verge	2	16,67%
Polymalformé	2	16,67%
atrésie de l'œsophage	1	8,33%
fente labio-palatine+ faciès trisomique	1	8,33%
Total	12	100,00%

Tableau 20 : les principales malformations retrouvées

A noter que l'atrésie de l'œsophage a été associé à un hydramnios, et la fente labio-palatine avec faciès trisomique a été associée à un oligoamnios et une hypotrophie fœtale.

Les deux malformations des pieds sont représentées par un pied varus et un pied bot associé à un syndactylie.

D. DIAGNOSTIC DU SIEGE :

Le diagnostic de la présentation de siège est fait au cours du travail chez 78,2% des parturientes contre 21,8% ayant fait le diagnostic à la fin du troisième trimestre de la grossesse par une échographie obstétricale.

diagnostic du siège	nombre de cas	fréquence
Avant travail d'accouchement	60	21,8%
Au cours du travail	215	78,2%
Total	275	100,0%

Tableau 21: Répartition des parturientes en fonction du moment de diagnostic du siège.

Le diagnostic de la présentation de siège à l'admission est fait essentiellement par examen clinique avant d'être confirmé par échographie, sauf dans les cas où la présentation est inaccessible.

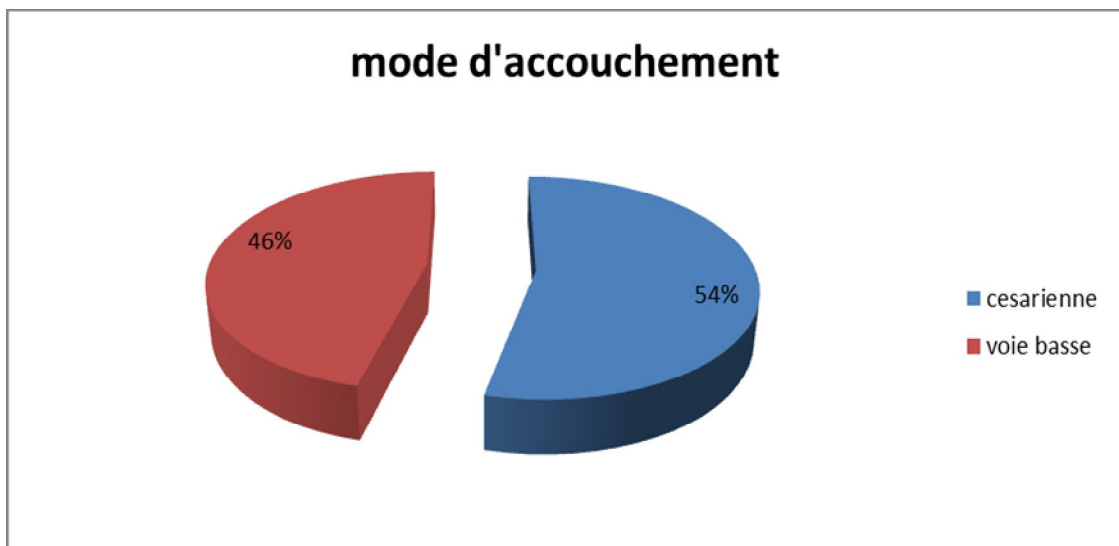
Diagnostic	nombre de cas	Fréquence
Clinique	178	64,73%
Clinique + échographique	54	19,64%
Echographique	43	15,63%
Total	275	100,00%

Tableau 22: répartition des parturientes en fonction du diagnostic du siège.

E. MODALITES D'ACCOUCHEMENT :

mode d'accouchement	nombre de cas	Fréquence
Césarienne	148	54%
voie basse	127	46%
Total	275	100,00%

Tableau 23 : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement.



Graphique 8 : répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

1. Accouchement par voie basse

1.1 Fréquence :

Parmi les 275 observations étudiées dans notre série, 127 cas ont accouché par voie basse, ce qui représente 46%.

La voie basse n'a été indiquée que sous réserve de l'absence de contre-indication à l'accouchement par voie basse et d'anomalie du rythme cardiaque fœtal.

1.2 Déroulement de travail :

✓ Evolution de la dilatation :

L'évolution de la dilatation est normale dans la plupart des cas en dehors de 4 cas où la dilatation est stationnaire ce qui a nécessité une césarienne en urgence.

✓ Etat de la poche des eaux :

Dans notre série, les membranes étaient intactes à l'admission dans 61 patientes parmi celles ayant accouchées par voie basse, soit une fréquence de 48%.

La rupture prématurée des membranes avant terme est survenue dans 33 cas, soit 23,91% des accouchements par siège, dont 20 ont accouché par voie basse et 13 par césarienne.

Etat de la poche des eaux	nombre de cas	Fréquence
Intacte	61	48 %
Rompue	66	52%
Total	127	100,00%

Tableau 24 : Etat de la poche des eaux au cours de l'accouchement par voie basse

✓ **Engagement :**

L'engagement s'est toujours déroulé normalement chez les patientes admises pour accouchement par voie basse.

12 patientes sont admises avec un siège fœtal engagé, et 4 avec une tête fœtale du premier jumeau en présentation céphalique engagée.

✓ **Expulsion :**

L'accouchement spontané sans intervention de l'obstétricien est pratiqué chez 93 cas soit 73,23% des accouchements par voie basse, alors que l'intervention de l'obstétricien par l'utilisation des manœuvres s'est avérée nécessaire dans 34 cas, soit 26,77%.

mode d'expulsion	nombre de cas	Fréquence
accouchement spontanée	93	73,23%
Lovset	4	3,15%
Bracht	8	6,30%
Maurisseau	9	7,09%
ventouse sur siège	1	0,79%
forceps sur tête dernière	1	0,79%
grande extraction du siège	11	8,66%
Total	127	100,00%

Tableau 25: Répartition des accouchements par VB selon le mode d'expulsion.

✓ **Épisiotomie :**

Pour les 127 accouchements par voie basse, l'épisiotomie a été réalisée dans 83 cas, soit une fréquence de 65,35% ; L'épisiotomie est fréquente chez les primipares (79,5%) et moins fréquente chez les multipares (60%).

✓ **Médications au cours du travail :**

Les ocytociques ont été utilisés chez la majorité des parturientes à dilatation complète.

Les antispasmodiques ont été utilisés au cours du travail.

Dans 91% des césariennes, l'antibiothérapie prophylactique a été prescrite systématiquement.

1.3 Complication de travail :

Parmi 127 parturientes qui ont accouché par voie basse, 13 patientes ont eu des complications de travail, soit une fréquence de 10,23%.

Certaines patientes ont présenté l'association de 2, 3 complications ou plus, par exemple, une patiente a présenté une hémorragie de délivrance secondaire à une rétention placentaire et une inertie utérine avec déchirure cervicale.

complication du travail	nombre de cas
inertie utérine	1
rétention placentaire	7
déchirure du col	1
déchirure vaginal	1
déchirure périnéale	3
hémorragie de délivrance	8
procidence du cordon	1
rétention de la tête dernière	4

Tableau 26: les complications du travail au cours de l'accouchement par voie basse.

Les déchirures périnéales varient entre une simple éraillure du périnée chez une parturiente, une déchirure du premier degré chez une autre et une déchirure du troisième degré nécessitant une réparation intestinale associée chez la troisième.

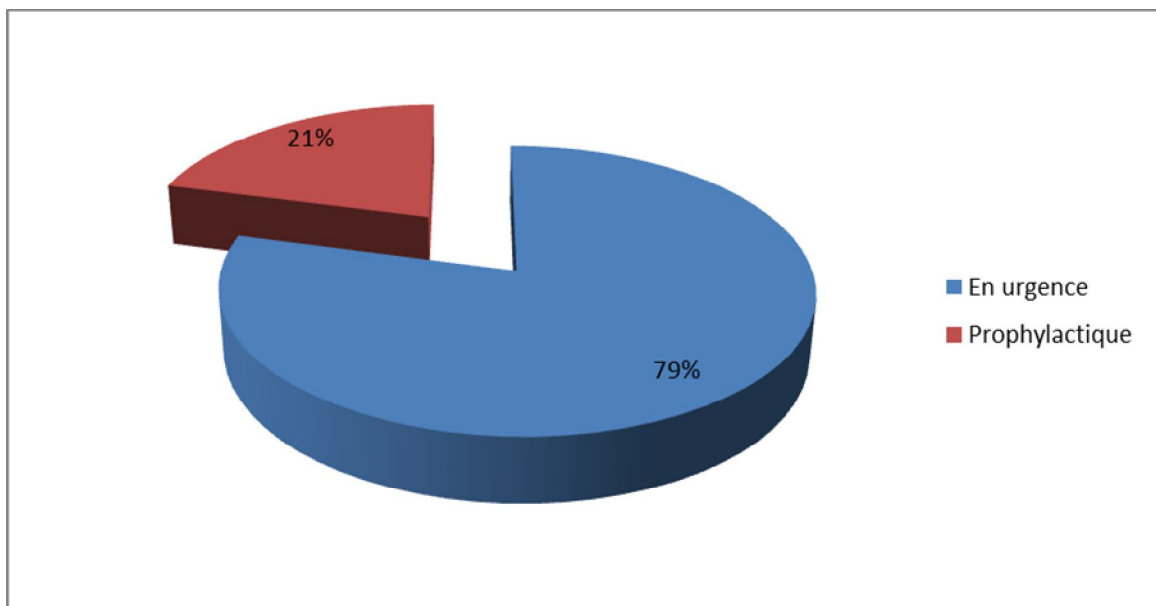
2. Accouchement par voie haute

2.1 Fréquence :

Dans notre étude, 148 accouchements sont réalisés par voie haute, soit une fréquence de 54%.

Césarienne	nombre de cas	Fréquence
En urgence	117	79,1%
Prophylactique	31	20,9%
Total	148	100,0%

Tableau 27: la fréquence de césarienne au cours de notre étude



Graphique 9 : la fréquence de césarienne au cours de notre étude

2.2 Indication :

- Césarienne prophylactique

31 parturientes ont bénéficié d'une césarienne prophylactique, soit une fréquence de 20,9%.

La grossesse gémellaire et l'utérus cicatriciel constituent les premières indications de la césarienne prophylactique dans notre série.

indication	nombre de cas	Fréquence
grossesse gémellaire avec premier jumeau en siège	6	19,35%
utérus cicatriciel	5	16,13%
placenta preavia	3	9,68%
malformation utérine	3	9,68%
bassin suspect ou rétréci	3	9,68%
dépassement de terme	3	9,68%
Macrosomie	2	6,45%
grossesse gémellaire+ HTAG	1	3,23%
hypotrophie fœtale	2	6,45%
primipare+ siège	1	3,23%
fibrome preavia	1	3,23%
Cardiopathie	1	3,23%
Total	31	100,00%

Tableau 28: Indications de la césarienne prophylactique

•Césarienne en cours de travail :

Parmi les 148 cas qui ont accouché par voie haute, 117 ont bénéficié d'une césarienne au cours du travail, soit 79,1% pour lesquels la primiparité associée à une présentation de siège constitue l'indication majeure avec une fréquence de 20,51%, suivie du bassin suspect avec une fréquence de 13,68%.

Indication	Nombre de cas	fréquence
Primipare + siège	24	20,51%
bassin suspect	16	13,68%
grossesse gémellaire le premier en siège	14	11,97%
rupture prématuré de membrane	13	11,11%
utérus cicatriciel	13	11,11%
Macrosomie	9	7,69%
Siège + tête défléchie	6	5,13%
grossesse gémellaire+ siège	5	4,27%
procidence du cordon	5	4,27%
RPM + bishop défavorable	4	3,42%
dépassement de terme	3	2,56%
SFA	2	1,71%
procidence de la main	1	0,85%
fistule anale	1	0,85%
Triplet	1	0,85%
Total	117	100,00%

Tableau 29: Indications de la césarienne au cours du travail.

3. Mode d'accouchement et facteurs pronostic

3.1 Age maternel :

Age maternel	césarienne		accouchement par voie basse		Total
	nombre de cas	fréquence	nombre de cas	fréquence	
<20	21	63,64%	12	36,36%	33
20 – 25	34	59,65%	23	40,35%	57
25 – 30	45	57,69%	33	42,31%	78
31 – 35	24	48,00%	26	52,00%	50
>35	24	46,15%	28	53,85%	52
Total	148	148/270	122	122/270	270

Tableau 30: Répartition du mode d'accouchement selon l'âge maternel.

La fréquence de l'accouchement par voie basse est proportionnelle à l'âge maternel, 36,36% chez les femmes de jeune âge (< 20 ans) contre 53,85% chez les plus âgées (≥ 35 ans).

La fréquence de la césarienne est inversement proportionnelle à l'âge maternel, 63,64% chez les parturientes âgées de moins de 20 ans et 46,15% chez les patientes ayant plus de 35 ans, mais la différence est non significative.

3.2 Taille maternelle :

Taille maternelle	césarienne		accouchement par voie basse		Total
	nombre de cas	fréquence	nombre de cas	fréquence	
1,40 – 1,50m	9	60,00%	6	40,00%	15
1,51 – 1,65m	110	55,56%	88	44,44%	198
1,66 – 1,78m	27	58,70%	19	41,30%	46
Non prise	2	12,50%	14	87,50%	16
Total	148	53,82%	127	46,18%	275

Tableau 31: Répartition des accouchements selon la taille maternelle.

L'accouchement par voie basse était plus fréquent chez les femmes mesurant entre 1,51 et 1,65 m.

La césarienne était plus fréquente chez les parturientes de petite taille 60% contre 55,56% chez les parturientes mesurant entre 1,51 et 1,65 m.

3.3 Parité :

parité	Césarienne		accouchement par voie basse		Total
	nombre de cas	fréquence	nombre de cas	fréquence	
primipare	69	65,71%	36	34,29%	105
paucipare	60	50,42%	59	49,58%	119
multipare	19	37,25%	32	62,75%	51
Total	148	53,82%	127	46,18%	275

Tableau 32 : Répartition du mode d'accouchement selon la parité.

L'accouchement par voie basse est plus fréquent chez les multipares (62,75%) que chez les primipares (34,29%), alors que la césarienne est plus fréquente chez les primipares (65,71%) que chez les multipares (37,25%).

3.4 Type de siège :

type de siège	Césarienne		accouchement par voie basse		Total
	nombre de cas	fréquence	nombre de cas	fréquence	
Complet	43	48,86%	45	51,14%	88
Décomplété	75	52,08%	69	47,92%	144
Inaccessible	30	69,77%	13	30,23%	43
Total	148	53,82%	127	46,18%	275

Tableau 33: Répartition du mode d'accouchement selon le type de siège.

L'accouchement par voie basse est plus fréquent pour le siège complet (51,14%) que pour le siège décomplété (47,92%),

Alors que la fréquence de la césarienne est plus élevée en cas de siège décomplété (52,08%) que pour le siège complet (48,86%).

3.5 Age gestationnel :

âge gestationnel	césarienne		accouchement par voie basse		total
	nombre de cas	fréquence	nombre de cas	fréquence	
25 – 37	22	36,07%	39	63,93%	61
37 – 41	109	61,24%	69	38,76%	178
> 41	12	80,00%	3	20,00%	15
Indéterminé	5	23,81%	16	76,19%	21
Total	148	53,82%	127	46,18%	275

Tableau 34 : Répartition des modalités d'accouchement selon l'âge gestationnel.

L'accouchement par voie basse est pratiqué fréquemment chez les prématurés 63,93% contre 38,76% chez les nouveau-nés à terme.

Le recours à la césarienne a eu lieu dans 36,07% des grossesses avant terme et dans 61,24% des grossesses à terme.

F. PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT DU SIEGE :

1. Pronostic fœtal :

1.2 Résultats généraux :

➤ Poids :

Le poids moyen des nouveaux nés est de 3150 g avec des extrêmes de 1150 et 5100g.

33% des nouveaux né ont eu un poids inférieur à 2500g, cela peut s'expliquer par la prématurité et le retard de la croissance intra-utérine.

Poids	total	Fréquence
<2500	112	33,04%
2500 – 4000	215	63,42%
>4000	12	3,54%
Total	339	100,00%

Tableau 35 : poids des nouveaux nés

➤ Sexe :

Nous avons constaté que la présentation de siège touche aussi bien les garçons que les filles avec une légère prédominance masculine

sexe du nouveau-né	nombre de cas	fréquence
Masculin	178	52,51%
Féminin	161	47,49%
Total	339	100,00%

Tableau 36 : répartition des nouveau-nés selon le sexe.

1.3 Mortalité néonatale :

➤ Fréquence :

Parmi 275 parturientes ayant accouché par le siège, 63 patientes ont une grossesse gémellaire et une seule a eu un triplet, donc nous avons eu un nombre total de 339 naissances.

Nous avons relevé 10 cas de mortalité néonatale, soit une fréquence de 2,95% naissances par le siège et 3,64% par rapport au nombre d'accouchement par siège. Parmi ces cas, 4 sont décédés en per-partum : 2 par souffrance fœtale aigue, un par rétention de la tête dernière et un par procidence du cordon. Les 6 autres sont décédés dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Etat du nouveau-né	nombre de cas	Fréquence
Vivant	319	94,10%
mortalité per-partum	4	1,18%
mortalité néonatale précoce	6	1,77%
Mort fœtal in utéro	10	2,95%
Total	339	100,00%

Tableau 37 : Etat des nouveau-nés à la naissance

cause de décès	nombre de cas
souffrance fœtale aigue	2
procidence du cordon	1
rétention de la tête dernière	1
Poly-malformation	2
Prématurité	3
Hypotrophie	1

Tableau 38: les causes de décès des nouveau-nés

La prématurité représente 30% des causes de mortalité néonatale suivie de la SFA et les poly malformations par une fréquence de 20%.

➤ **Mortalité et âge maternel :**

Age maternel	nombre de cas	nombre de décès	fréquence
moins de 20 ans	33	3	9,09%
entre 20 et 25 ans	57	3	5,26%
entre 25 et 30 ans	78	2	2,56%
entre 31 et 35 ans	50	1	2,00%
>35ans	52	0	0,00%
Indéterminé	5	1	20,00%
Total	275	10	3,64%

Tableau 39: Répartition de la mortalité néonatale selon l'âge maternel

La mortalité néonatale était plus fréquente chez les parturientes de jeune âge (<20ans) avec une fréquence de 9,09%, contre 0% chez les parturientes âgées de plus de 35 ans

➤ **Mortalité et taille maternelle :**

Taille maternelle	nombre de cas	nombre de décès	fréquence
1,40 - 1,50m	15	2	13,33%
1,51 - 1,65m	198	6	3,03%
1,66 - 1,78m	46	1	2,17%
Non prise	16	1	6,25%
Total	275	10	3,64%

Tableau 40: Répartition de la mortalité néonatale selon la taille maternelle.

La fréquence de la mortalité néonatale est plus élevée chez les parturientes dont la taille est inférieure à 1,50 m (13,33%) contre 2,17% chez les patientes de grande taille.

➤ **Mortalité et parité :**

Nombre de parité	nombre de cas	nombre de décès	fréquence
Primipare	105	5	4,76%
Paucipare	119	4	3,36%
Multipare	51	1	1,96%
Total	275	10	3,64%

Tableau 41: Répartition de la mortalité néonatale selon la parité.

La mortalité néonatale est plus fréquente chez les primipares avec une fréquence de 4,76%, contre 1,96% chez les multipares.

➤ **Mortalité et âge gestationnel :**

âge gestationnel (en SA)	nombre de cas	Nombre de décès	fréquence
25 – 37	61	6	9,84%
37 – 41	178	1	0,56%
> 41	15	0	0,00%
Indéterminé	21	3	14,29%
Total	275	10	3,64%

Tableau 42 : répartition de la mortalité néonatale selon l'âge gestationnel

La mortalité néonatale est plus importante chez les prématurés avec une fréquence de 9,84%, contre 0,56% chez les nouveau-nés à terme.

➤ **Mortalité et type de siège :**

Type de présentation	Nombre de cas	nombre de décès	fréquence
Complet	88	1	1,14%
Décomplété	144	7	4,86%
Inaccessible	43	2	4,65%
Total	275	10	3,64%

Tableau 43: Répartition de la mortalité néonatale selon le type de siège.

La fréquence de la mortalité néonatale est plus élevée pour les sièges décomplétés (4,86%) par rapport aux sièges complets (1,14%).

➤ **Mortalité et mode d'accouchement :**

Mode d'accouchement	nombre de cas	nombre de décès	fréquence
Césarienne	148	1	0,68%
Voie basse	127	9	7,09%
Total	275	10	3,64%

Tableau 44 : Répartition de la mortalité néonatale selon le mode d'accouchement.

La mortalité néonatale est plus fréquente en cas d'accouchement par voie basse avec une fréquence de 7,09%, contre 0,68% en cas d'accouchement par voie haute.

1.4 Morbidité fœtale :

➤ **Etiologies :**

causes de morbidité	nombre de cas	Fréquence
Traumatisme	6	24,00%
souffrance néonatale	19	76,00%
Total	25/339	7,38%

Tableau 45 : Causes de la morbidité fœtale

La souffrance néonatale représente la cause majeure de la morbidité néonatale (76%).

➤ **traumatismes obstétricaux :**

lésions traumatiques	nombre de cas
Ecchymose du membre inférieur	1
hématome vulvaire	1
lésions superficielles perianals	1
plaie au niveau du thorax	3
Total	6

Tableau 46: Morbidité néonatale et traumatismes obstétricaux.

Tous les traumatismes obstétricaux sont occasionnés par les accouchements par voie basse.

➤ **Souffrance néonatale :**

La SNN a été déterminée grâce au score d'Apgar à la 1^{ère} min et après 5 min.

Ainsi, nous considérons comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar < 7 après 5 min de réanimation, soit une fréquence de 6,91% du nombre d'accouchements dans notre série. et 5,6% sur le nombre total des naissances.

Score d'apgar	nombre de cas	fréquence
score d'apgar <7 à 1 minute	49	14,45%
score d'apgar <7 à 5 minute	19	5,60%

Tableau 47 : Morbidité néonatale selon le score d'Apgar

➤ **Souffrance néonatale et âge maternel :**

âge (ans)	nombre de cas	SNN	fréquence
<20	33	3	9,09%
20 – 25	57	2	3,51%
25 – 30	78	10	12,82%
31 – 35	50	3	6,00%
> 35	52	1	1,92%
Indéterminé	5	0	0%
Total	275	19	6,91%

Tableau 48 : souffrance néonatale selon l'âge maternel.

La Souffrance néonatale est plus importante chez les parturientes dont l'âge est compris entre 25 et 30 ans (12,82%) et chez les très jeunes parturientes (<20 ans), par contre on note une faible fréquence de 1,92% chez les parturientes âgées de plus de 35 ans.

➤ **Souffrance néonatale et taille maternelle :**

taille maternelle	nombre de cas	SNN	fréquence
1,40 – 1,50m	15	2	13,33%
1,50 – 1,65m	198	10	5,05%
1,66 – 1,78m	46	4	8,69%
Non prise	16	3	18,75%
Totale	275	19	6,91%

Tableau 49 : SNN selon la taille maternelle.

La fréquence la plus élevée de souffrance néonatale est retrouvée chez les femmes de petite taille : <1,50m avec une fréquence de 13,33% contre 8,69 % chez les femmes mesurant plus de 1,65m.

➤ **Souffrance néonatale et parité :**

Parité	nombre de cas	SNN	fréquence
primipare	105	7	6,67%
paucipare	119	10	8,40%
multipare	51	2	3,92%
Total	275	19	6,91%

Tableau 50 : SNN selon la parité.

La Souffrance néonatale est plus fréquente chez les primipares et les paucipares avec une fréquence de 6,67% et 8,4%, contre 3,92% chez les multipares.

➤ **Souffrance néonatale et âge gestationnel :**

âge gestationnel (en SA)	nombre de cas	SNN	Fréquence
25 – 37	61	10	16,39%
37 – 41	178	7	3,93%
> 41	15	0	0,00%
Indéterminé	21	2	9,52%
Total	275	19	6,91%

Tableau 51: SNN selon l'âge gestationnel

La fréquence de souffrance néonatale est plus élevée chez les prématurés (16,39%) que chez les nouveau-nés à terme (3,93%).

➤ **Souffrance néonatale et type de siège :**

Type de siège	Nombre de cas	SNN	Fréquence
Complet	88	3	3,41%
Décomplété	144	12	8,33%
Inaccessible	43	4	9,30%
Total	275	19	6,91%

Tableau 52 : SNN selon le type de siège.

La SNN est plus fréquente en cas de siège décomplété avec une fréquence de 8,33% contre 3,41% en cas de siège complet.

➤ **Souffrance néonatale et mode d'accouchement**

mode d'accouchement	nombre de cas	SNN	fréquence
césarienne	148	5	3,38%
voie basse	127	14	11,02%
Total	275	19	6,91%

Tableau 53: SNN selon le mode d'accouchement

La fréquence de SNN est plus élevée en cas d'accouchement par voie basse (11,02%), qu'en cas d'accouchement par césarienne (3,38%).

➤ **Suivi des nouveaux nés :**

Une échographie des hanches a été demandée chez 186 nouveaux nés soit une fréquence de 67,6%.

2. Pronostic maternel :

2.1 Mortalité maternelle

Aucun décès maternel n'a été retenu durant notre étude.

2.2 Morbidité maternelle :

mode d'accouchement	nombre de cas	complication maternelle	fréquence
Césarienne	148	4	2,70%
Voie basse	127	3	2,36%
Total	275	7	2,55%

Tableau 54 : répartition des parturientes selon les complications maternelles

2.1.1 Voie basse :

- Episiotomie :

Elle a été pratiquée chez 79,5 % des primipares et 60% des multipares, soit une fréquence de 65,35% par rapport à l'ensemble des accouchements par voie basse.

- Autres :

Nous avons relevé :

- ✓ 2 cas de déchirures périnéales.
- ✓ Un cas d'hémorragie modérée dans les suites de couche ayant nécessité une révision utérine.

Donc 3 cas de morbidité maternelle sur 127 patientes ayant accouché par voie basse soit une fréquence de 2,36%

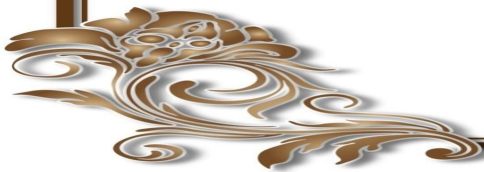
L'évolution était bonne pour toutes ces complications.

2.1.2 Césarienne :

Nous avons relevé deux cas d'infections de la paroi dans les suites post opératoires, l'une nécessitant une durée d'hospitalisation de 15 jours et l'autre de 10 jours. Une patiente diabétique a fait une décompensation acidocétosique et une patiente cardiaque a fait une décompensation de sa cardiopathie ce qui a nécessité leur hospitalisation au service de réanimation.

Donc sur 147 accouchement par césarienne, 4 ont eu des complications dans le postopératoire soit une fréquence de 2,70%.

Discussion



G. FREQUENCE :

1. Fréquence globale de la présentation du siège :

Bien que notre étude soit une étude rétrospective descriptive, elle a l'avantage d'évaluer nos pratiques cliniques sur une année (2010).

La présentation de siège est la plus fréquente après celle du sommet. Cependant, il est important de souligner que cette fréquence est susceptible de varier en fonction du terme de l'accouchement. Plus la naissance est prématurée, plus la fréquence des présentations du siège est élevée.

La plupart des statistiques donne une fréquence globale de 3 à 4% pour la présentation du siège.

Ainsi, Durant notre période d'étude nous avons enregistré 7404 accouchements dont 275 accouchements par siège soit une fréquence de 3,71%, Ce qui rejoint les taux de la littérature :

Auteurs	Pays/Ville	Année	Fréquence (%)
ABBASSI [1]	MEKNES	2002	3,36
KHARBACH [68]	RABAT (CHU)	2004	4,23
BEN AISSIA [12]	TUNISIE	2004	2,94
F.VENDITELLI [109]	France	2006	3,5
RHRAB [95]	RABAT (CHU)	2006	3,92
E.LAGRANGE [71]	France	2007	2
BENNANI [14]	FES (CHU)	2008	4,25
M.TOURE [105]	MALI	2008	2,1
M.MONCOLIN [81]	France	2011	3,1
Notre série	Rabat (CHU)	2010	3,71
G.DASKALAKIS [50]	Grèce	2007	3,03

Tableau 55: Fréquence globale de la présentation du siège.

2. Fréquence du type de siège :

La prédominance classique du siège décomplété dans la littérature est retrouvée dans notre série, avec une fréquence de 52% contre 32% pour le siège complet, le reste est inaccessible

Auteurs	Siège complet (%)	Siege décomplété (%)	Non précisé (%)
KHARBACH [68]	18,5	51,6	29,9
BEN AISSIA [12]	27,08	72,91	0
G.DASKALAKIS [50]	32,6	67,3	0
E. LAGRANGE [71]	28	67	5
BENNANI [14]	38,4	48,6	13
M. TOURE [105]	48,6	51,4	0
M. MONCOLIN [81]	27,7	59,3	13
Notre série	32	52	16

Tableau 56: Fréquence du type de siège dans la littérature.

Suivi de la grossesse et mode d'admission.

Dans notre étude, 28% des cas n'ont fait aucun suivi prénatal. Ce taux de grossesses non suivies est proche de ceux de Rachidi [93] en Tunisie et M.Toure [105] au Mali qui ont rapporté des taux respectifs de 35% et 32,4%. Le suivi régulier et la bonne qualité de la CPN sont indispensables pour prévenir les risques par la détection des facteurs pronostiques.

Cette évaluation est absente ou insuffisante soit du fait de la mauvaise qualité des CPN soit de l'absence même du suivi prénatal. Il s'agit le plus souvent des patientes dont le pronostic d'accouchement a été évalué en salle de travail, parfois dans les situations urgentes.

27,6% de nos cas ont été référés, par contre 72,4% de nos cas sont venues d'elles-mêmes.

3. Facteurs favorisant la présentation du siège :

Vu 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.

Habituellement, le fœtus met son grand pôle, c'est-à-dire le siège avec les membres inférieurs, au niveau du fond utérin. La tête, dont le volume est plus petit et qui est plus lourde, va naturellement se placer en regard du détroit supérieur. C'est la loi d'adaptation de Pajot (adaptation du contenu dans un contenant) [18].

Diverses causes semblent favoriser l'existence de cette présentation :

3.1 Facteurs maternels :

a. Anomalies du bassin :

Les anomalies du bassin représentent une cause mécanique qui favorise la survenue de la présentation de siège en gênant l'accommodation céphalique normale.

- 22,16% pour BEN AISSIA [12].

- 18,5% pour D.E.BROCHE [17].
- 23,6% pour BENNANI [14].
- Dans notre série nous avons eu 25 cas de bassins rétrécis, soit une fréquence de 9,09% qui est inférieure à celle rapporté dans la littérature.

b. Malformations utérines :

Certaines malformations utérines (utérus unicornes, didelphes, cloisonnés) modifient les axes intra-utérins et sont responsables des présentations podaliques récidivantes.

Nous avons recensé 3 cas de malformations utérines : 2 cas d'utérus bicorne unicervical et un cas d'utérus bicorne bicervical, soit une fréquence de 1,09%.

ESSOUTI [46] trouve une fréquence de 0,95%, BENNANI [14] trouve une fréquence de 2,2% alors que DUBOIS et GRALL [42] estiment à 5% la fréquence des malformations utérines et qui influent directement sur la présentation du siège et augmentent le risque d'accouchement par césarienne.

c. La multiparité :

L'utérus de la grande multipare, fibreux, hypotonique et trop vaste, ne sollicite qu'imparfaitement l'accommodation, favorisant par conséquent la présentation du siège.

Ce facteur, retrouvé chez 18,55% de nos parturientes, est proche du taux retrouvé dans l'étude de E.LAGRANGE et al [71]: 20%, alors que BENNANI [14] a trouvé une fréquence de 11%.

d. Fibrome utérin :

Un fibrome du fond utérin, qui déforme la cavité utérine et altère la valeur fonctionnelle du myomètre empêchant ainsi la "culbute physiologique", est retrouvé dans 2,54% de nos observations.

Cette fréquence est supérieure à celle retrouvée par BENNANI [14]: 0,6% et par ESSOUTI [46] : 0,95%.

3.3 Facteurs ovulaires :

a. Modification 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 LA [53].

Dans notre série, nous avons trouvé :

- 7 cas d'oligoamnios.
- 9 cas d'hydramnios.

E. Lagrange [71] a trouvé un cas d'oligoamnios sévère sur 200 accouchements par siège soit une fréquence de 0,5%.

b. Insertion basse du placenta :

Le placenta *prævia* est plus fréquent en cas de siège (il peut constituer un obstacle à l'accommodation fœtale)

Dans notre série, nous avons relevé 4 cas de placenta prævia soit une fréquence de 1,45% alors que BENNANI [14] a trouvé une fréquence de 0,4%.

c. 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 5 cas du cordon double circulaire, soit 1,81% alors que E.Lagrange [71] a trouvé un seul cas de double circulaire sur 200 accouchements par le siège soit une fréquence de 0,5%.

3.4 Facteurs fœtaux

a. Prématurité :

L'accouchement en présentation du siège est d'autant plus fréquent que l'accouchement est prématuré [84].

La fréquence d'accouchements prématurés au cours de la présentation du siège est variable selon les auteurs :

19,3% pour BEN AISSIA [12].

11,34% pour ESSOUTI [46].

11,2% pour BENNANI [14]

22,18% dans notre série, ce qui représente un taux élevé par rapport aux données de la littérature.

Plusieurs auteurs [19, 35, 71, 81] exclues la prématurité de leur études ce qui nous renseigne peu sur la fréquence exacte de la prématurité dans la présentation de siège.

b. Malformations fœtales :

L'incidence des malformations est beaucoup plus importante en cas de présentation du siège (6%) que dans la présentation céphalique (2%) [51,100].

L'hydrocéphalie est près de 10 fois plus fréquente, l'anencéphalie près de 12 fois. Les trisomies 21, 13 et 18 sont, également, nettement plus fréquentes en cas de présentation du siège. Ces anomalies vont aggraver la mortalité périnatale du siège. Il existe deux à trois fois plus d'enfants malformés qui naissent en présentation podalique [18].

La luxation congénitale des hanches est beaucoup plus fréquente chez l'enfant né en présentation du siège, quel que soit le mode d'accouchement [100].

Dans notre série, nous avons relevé 12 cas de malformations fœtales soit 7,59%, alors que cette fréquence est de 6,4% pour D.E.BROCHE en 2005 [17] et de 0,8% pour D.E.BROCHE en 2008 [19].

Les malformations trouvées dans notre étude sont dominé par l'hydrocéphalie avec une fréquence de 33,33% suivi par des malformations des pieds, génitales et les poly-malformations avec une fréquence de 16,67%.

c. 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 J1 est en siège pour l'American College of Obstetricians and Gynecologists [8,63] et des attitudes beaucoup plus conservatoires en faveur de la voie basse, tel que rapporté dans une étude récente de Sibony et al. [102], où le taux global de césarienne, toutes présentations confondues, n'était que de 18%, et de l'ordre de 30% lorsque le J1 était en siège après 33 semaines d'aménorrhée

Actuellement, le taux de césariennes des grossesses gémellaires est de l'ordre de 30 à 40 % dans la littérature [49, 55, 99,102]. Une enquête récente française auprès de plusieurs équipes participant au réseau AUDIPOG a rapporté un taux de césariennes prophylactiques à terme de 73 % si le J1 était en siège [108].

Les recommandations pour la pratique clinique, rédigées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [31] en 2009, laissent libre choix au praticien en fonction de son expérience dans ce domaine. Notamment, il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de présentation du siège du premier jumeau.

M. Boukerrou et al [78] ont mené une étude sur 371 grossesses gémellaires, ils ont conclu que lorsque J1 était en siège, le taux de césarienne était quasiment de 100 % alors que le taux global en France, en 2003, était de 95 % [108].

La présentation du premier jumeau en siège influence grandement le choix de la voie d'accouchement, Ce cas de figure représente 20 % des accouchements gémellaires [75]. Il y a, comme dans le siège singleton, un risque accru de procidence du cordon et de dystocie dynamique. Mais le risque historique et terrifiant est l'accrochage des mentons si le second jumeau est en présentation céphalique : le siège du premier jumeau se dégage normalement, mais sa tête est retenue au-dessus du détroit supérieur par la tête du second jumeau, ainsi le taux de mortalité de J1, s'il se présente en siège, est 5,6 fois plus élevé que s'il se présente en céphalique pour certains [in 75]

Dans notre série la gémellité représente 40,51% des facteurs fœtaux favorisant la présentation de siège, dont 54,12% ont accouché par césarienne et 45,88% ont accouché par voie basse.

La plupart des auteurs [19, 35, 71,81] excluent la grossesse gémellaire de leurs études, ce qui nous renseigne peu sur son taux et sa modalité d'accouchement dans la littérature.

4. Examens complémentaires :

Les examens complémentaires ont une place primordiale dans le diagnostic de la présentation du siège, car l'examen clinique seul n'est pas toujours concluant.

En plus, ces examens complémentaires permettent de réduire la mortalité et la morbidité fœtales.

4.1 Echographie obstétricale :

Utilisée depuis 1976, l'échographie est devenue un examen para clinique de routine en obstétrique et garde une place primordiale dans le diagnostic et la conduite à tenir devant la présentation du siège.

L'échographie doit être systématique, et se pratique au minimum 3 fois au cours de toute grossesse normale.

Ainsi, l'échographie pratiquée au cours du 3ème trimestre permet :

Le diagnostic de la présentation.

La recherche d'une déflexion primitive de la tête fœtale.

La détermination de la biométrie fœtale (RCIU, macrosomie, erreur de terme...) par la mesure du diamètre bipariétal, de la longueur du fémur et de la circonférence abdominale.

Le dépistage des malformations fœtales tardives.

L'estimation de la quantité du LA (oligoamnios-hydramnios).

L'étude du placenta.

La surveillance d'une version par manœuvre externe...

Dans notre série, 253 patientes ont bénéficié de cet examen, grâce à sa disponibilité en salle d'accouchement, soit 92%. Les 8% restantes ont été admises à dilatation avancée ce qui nous a empêché de l'effectuer à l'admission;

Ce taux varie entre 66,6% chez Bennani [14] et 100% chez M. Moncolin [81].

Cet examen a permis de dépister :

11 cas de macrosomie.

11 cas d'hypotrophie fœtale (RCIU).

7 cas d'oligoamnios.

· 9 cas d'hydramnios.

· 4 cas de placenta bas inséré.

· 64 grossesses gémellaires.

4.2 Radiographie du contenu utérin :

Au cours d'un accouchement du siège, la radiographie du contenu utérin confirme le diagnostic de la présentation de siège, précise son type et recherche la déflexion de la tête fœtale qui est un élément très important à prendre en considération dans la détermination de la voie d'accouchement.

Dans notre série : 26 radiographies du contenu utérin ont été effectuées, soit une fréquence de 9% ce qui rejoint les résultats de M.MONCOLIN [81] : 9,26%.

Actuellement, cet examen commence à perdre de l'intérêt en faveur de l'échographie obstétricale.

4.3 Scano-pelvimétrie :

Il est actuellement admis que toute parturiente dont le fœtus est en siège au 9ème mois doit avoir une appréciation radiographique de son bassin, soit par radiopelvimétrie, soit par scano-pelvimétrie (moins irradiante) [34].

L'indice de Magnin (DTA + PRP) doit être ≥ 230 mm, avec des dimensions considérées comme normales dans les deux axes [107].

Pour J.Delotte [34], un indice de Magnin inférieur à 220 mm et/ou un diamètre promonto-rétropubien inférieur à 100 mm, et/ou un diamètre transverse médian inférieur à 120 mm est une indication de césarienne.

En dehors des mensurations, les clichés de la radio-pelvimétrie permettent de noter des anomalies de la forme du bassin : faux promontoire, horizontalisation marquée de la symphyse pubienne, sacrum plat... [113]

En 1997, une étude randomisée incluant 235 patientes, montrait que la réalisation d'une pelvimétrie (par IRM) permettait de diminuer le nombre de césariennes réalisées en urgence [32].

D'ailleurs, toutes les études visant à établir des scores de pronostics d'accouchement par voie basse incluaient la pelvimétrie dans leurs critères décisionnels [4, 10, 97].

La pelvimétrie est un élément incontournable, chez la nullipare, de l'acceptation d'une tentative d'accouchement par les voies naturelles pour une présentation podalique.

Pour les multipares, et notamment les « grandes » multipares, l'intérêt formel de la pelvimétrie reste discutable et explique qu'environ 10 % des patientes dans l'étude menée par D.E.Broche n'en ont pas bénéficié avant leur accouchement. [19]

Dans notre série, 15 parturientes seulement ont bénéficié d'une scano-pelvimétrie soit 5% des cas. Cette dernière a révélé un bassin rétréci dans 6 cas et un bassin normal dans les 9 autres.

Nous constatons donc que la pratique des examens complémentaires reste encore faible dans notre contexte, ceci s'explique par :

- ✧ Le non suivi des grossesses.
- ✧ L'accès des parturientes à la maternité en travail
- ✧ L'impossibilité d'accès aux examens qui restent onéreux pour une grande majorité de nos parturientes.

5. Conduite à tenir :

5.1 Bilan d'orientation :

Il s'appuie sur les différents facteurs pronostiques. Ce bilan impose outre l'examen clinique, la pratique d'examens complémentaires : la radiopelvimétrie si possible, l'échographie (biométrie et attitude de la tête) et la radiographie du contenu utérin (variété de la présentation et attitude de la tête).

Selon les recommandations de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada [104]: dans le cas d'une femme chez laquelle on soupçonne une présentation du siège, une échographie pré-travail ou au début du travail devrait être menée pour évaluer le type de présentation du siège en question, la croissance fœtale et le poids estimatif, ainsi que l'attitude de la tête fœtale. Lorsque l'échographie n'est pas disponible, la césarienne est recommandée.

La tenue d'une pelvimétrie radiologique n'est pas nécessaire pour assurer la sûreté d'un essai de travail; un travail qui connaît une bonne évolution constitue le meilleur indicateur de proportion foeto-pelvienne adéquates.

Cliniquement le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec :

- ✧ une présentation du sommet déformé par une volumineuse bosse sérosanguine,
- ✧ une présentation de la face
- ✧ une anencéphalie.
- ✧ une présentation transverse

On peut faire recours à l'échographie ou à la radiographie, même pendant le travail lorsque les conditions le permettent

5.2 Place de la version par manoeuvre externe :

Proposée pour la première fois par WINGRAND et PINAUD, il y a un siècle, elle consiste à transformer une présentation du siège en présentation céphalique afin de diminuer sensiblement le nombre de césarienne et d'éviter les difficultés d'accouchement liées à ce mode de présentation selon le principe : éviter le risque en supprimant la cause. Son taux de réussite varie de 25 % à 80 %, et sa pratique permettrait de réduire le taux de césariennes en cas de présentation par le siège de 87,5 % à 37% [2,6,16].

➤ Réalisation d'une VME :

Les tentatives de VME sont réalisées vers 35-39 semaines comme cela est rapporté dans la littérature [13], laissant ainsi la chance à une version spontanée et le risque d'être confronté à un utérus plus irritable.

Les complications sont exceptionnelles mais graves :

- ✧ altération du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF),
- ✧ décollement prématuré du placenta ou hématome rétro-placentaire (HRP),
- ✧ rupture utérine,
- ✧ rupture prématurée des membranes.

Un RCF est réalisé 30 minutes avant le geste. La présentation du fœtus et l'absence de contre-indications sont vérifiées. Une voie veineuse périphérique est mise en place.

L'utilisation des b2-mimétiques est recommandée pour l'obtention d'un relâchement utérin optimal.

La patiente est installée en décubitus dorsal, jambes en demi-flexion. Le 1er temps consiste à remonter le siège et à le diriger vers une fosse iliaque. Le 2ème temps est celui de la version proprement dite : une main fléchit la tête et tente de l'amener vers le bas, l'autre main relevant le siège. La rotation du fœtus est essayée dans les 2 sens avec 3 à 4 essais au maximum. Toutes ces manœuvres sont réalisées avec douceur. Tout effort violent est dangereux.

En cas de douleurs pendant la manœuvre, l'arrêt de celle-ci s'impose et la vérification de l'activité cardiaque fœtale par échographie est obligatoire. Si la douleur persiste, il faut repositionner le fœtus dans sa position initiale.

Après la manœuvre, que la version ait réussi ou non, un enregistrement du RCF doit être réalisé pendant 30 minutes. Le bon relâchement utérin est vérifié ainsi que l'absence d'écoulement vulvaire de sang ou de liquide amniotique.

Une bradycardie ou un aplatissement du RCF peuvent être observés et font craindre le diagnostic de décollement placentaire ou accident funiculaire, qui imposent la réalisation d'une césarienne en urgence.

La prévention d'une allo immunisation foeto maternelle est à faire (si la patiente est de Rhésus négatif). Un contrôle clinique ainsi qu'un enregistrement du RCF est fait à 48h.

La VME n'est pas toujours définitive ; le taux de re-version est de 0 à 4,7% dans la littérature. Une autre tentative de version peut être proposée en cas de fœtus retourné en siège. Un bandage de contention de 2 ou 3 jours peut être utile dans les cas de présentation très mobile ou de version trop facile. Dans certains cas, un déclenchement peut être proposé.

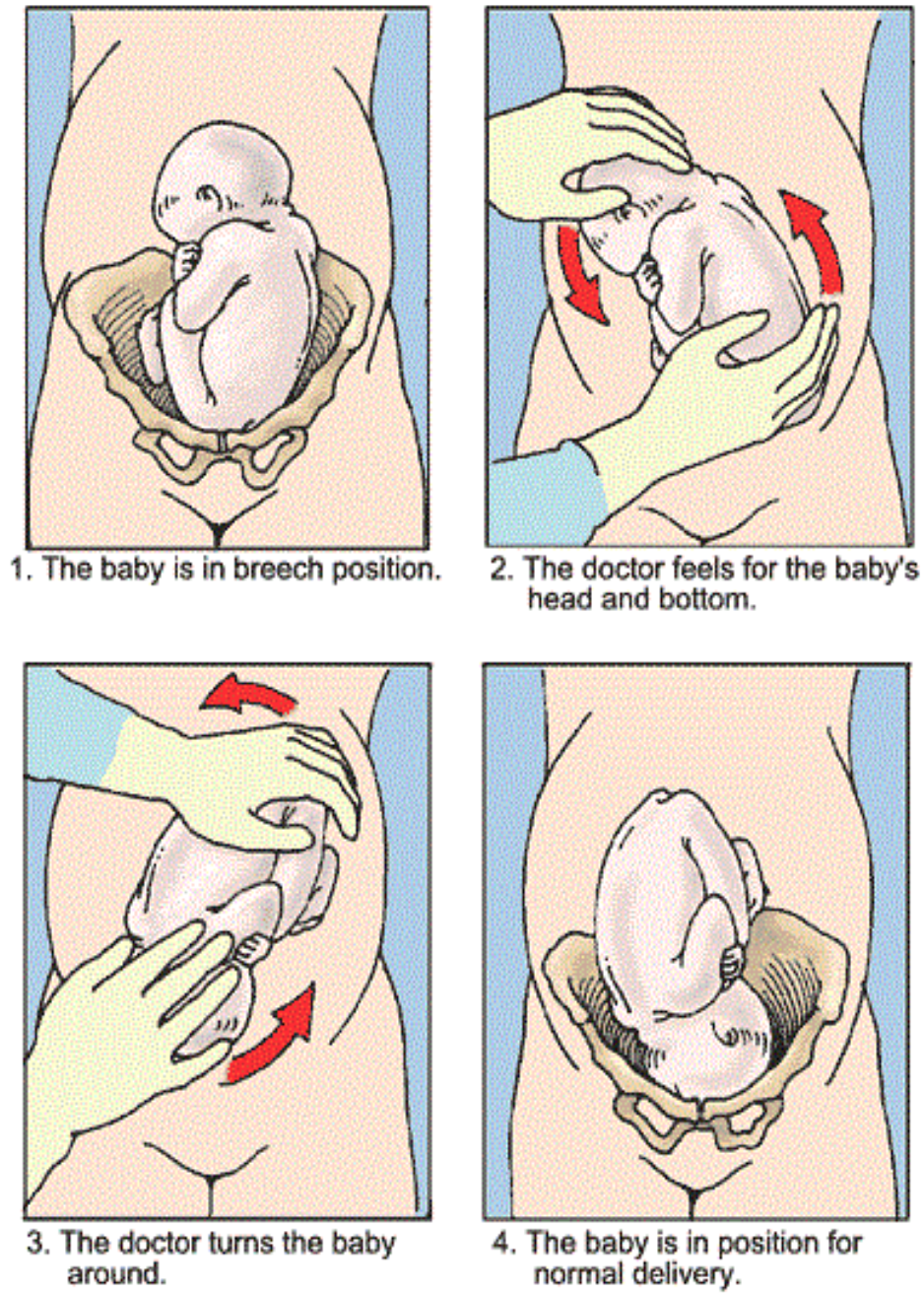


Figure 3: Technique de version par manœuvre externe.

➤ **Les contre-indications de la VME sont les suivantes:**

✓ Absolues :

- Contre-indication à la voie basse
- Grossesses multiples
- Saignement au 3ème trimestre d'origine inconnue
- Placenta prævia
- Malformations fœtales sévères
- Rupture prématurée des membranes
- Anomalies de la fréquence cardiaque fœtale
- Chirurgie utérine antérieure à l'exclusion de la césarienne
- Tête en hyper extension
- Circulaire du cordon

✓ Relatives :

- Césarienne antérieure
- Obésité maternelle importante
- RCIU
- Oligoamnios

Le succès de la version permettrait de simplifier la décision de la voie d'accouchement des sièges, ainsi que leur prise en charge. La version par manœuvre externe mérite donc d'être tentée en cas de siège à terme, sous respect strict des contre-indications.

La meilleure façon d'évaluer l'efficacité réelle de la VME est de réaliser des études :

- BERGER [15] en 1991 en France a eu l'idée de comparer sur l'année 1989 le résultat de 4 grandes maternités universitaires de sa région : 2 maternités font fréquemment des VME, pour les 2 autres la VME est exceptionnelle ou exclue. Il a conclu que la VME est efficace puisqu'elle fait passer le taux des sièges de 3,6% à 2,4%. En terme de césariennes évitées, l'efficacité de la VME semble limitée, puisqu'il faut effectuer 12 tentatives de version pour économiser une seule césarienne. L'auteur conclut finalement qu'actuellement aucun élément n'apporte la conviction en faveur ou contre la VME, et ce tant qu'une vaste étude multicentrique n'aura pas comparé les pronostics maternels et fœtaux après 36 SA, dans l'accouchement par VB et par césarienne à celui des présentations céphaliques.

- MARPEAU [82] en 2001 dans ce même cadre du collège national des gynécologues et obstétriciens français a fait une revue de la littérature à propos de la VME et VMI.

Pour la VME, il conclut qu'une pratique large de la VME n'influe que de façon négligeable sur le taux de césarienne. Pour MARPEAU : "la VME paraît possible quand elle est inutile, difficile quand elle est souhaitable".

- KASUL [in 14] en 2004 : dans une étude prospective randomisée comparait 310 sièges soumis à la VME entre 33 et 36 SA et 330 sièges témoins, non soumis à la VME. Malgré un succès immédiat de 80% de sièges versés, lors de l'accouchement, la situation était bien différente puisque dans 46% des cas, les fœtus versés avec succès avaient repris leur position originale en siège.

- HOFMEYER [in 32] en 2005 a mené une étude analogue avec un grand succès : un seul enfant s'est présenté par le siège dans le groupe de 30 VME (3%) contre 20 sièges (67%) dans le groupe témoin. Six césariennes (20%) dans le groupe VME contre 13 césariennes (43%) dans le groupe témoin. Les VME ont toujours été faites après 36 SA.

- Faron et *al.* [47] dans une étude réalisée sur dix ans, dans une maternité bruxelloise, retrouvait un taux de réussite de 37,6% des VME. Aucune complication majeure n'avait été observée pour les 439 cas et des facteurs prédictifs de succès avaient pu être identifiés : multiparité, poids de naissance supérieur à 3000g, position fœtale avec dos à droite, expérience du médecin qui réalisait le geste, gain de poids maternel durant la grossesse inférieur ou égal à 9kg. Compte tenu du taux de réussite et du taux de césarienne pour siège durant cette période, l'auteur avait estimé qu'on pouvait éviter une césarienne pour 5 à 6 versions tentées.

Concernant le terme de réalisation de la VME, Hutton et al. [66] ont réalisé un essai randomisé multicentrique au niveau international, incluant 1543 patientes; Les résultats mettaient en évidence que la réalisation de la VME à 34 – 35 SA augmentait probablement les présentations céphaliques à l'accouchement, mais que cela ne diminuait pas le taux de césarienne. De plus, la réalisation de la version à ce terme pouvait, peut-être, être responsable d'une augmentation du taux d'accouchement prématuré.

Roux-Chevalier et *al.*[98] ont réalisé une étude observationnelle, rétrospective sur 1 an de tous les cas de version dans une maternité de niveau 3 de Lyon. 78 cas avaient été enregistrés.

Le pourcentage de réussite n'était que de 24,4%, mais l'auteur attribuait ce faible taux à une méthode de tocolyse inadaptée. Les patientes pour lesquelles la version avait été efficace ont pu accoucher par voie basse pour 80% d'entre elles.

Dans notre service aucune version par manœuvre externe n'est tenté en fin de grossesse ce qui nous a motivé à chercher l'intérêt de l'application de cette manœuvre dans la littérature afin d'améliorer la mise en œuvre de la VME au sein de nos services pour diminuer la morbidité maternelle et néonatale et la mortalité dues à l'accouchement en présentation de siège.

5.3. Césarienne ou voie basse :

5.3.1. Critères de choix :

Le mode d'accouchement en cas de présentation du siège à terme est très controversé puisque l'accouchement par voie basse serait associé à un risque de morbidité et de mortalité néonatales trois à quatre fois plus important [3, 9, 71, in 87,104].

L'essai prospectif randomisé de Hannah et al [59] a conduit ses auteurs à recommander la réalisation systématique d'une césarienne prophylactique, très rapidement, de nombreux praticiens ont adhéré à cette proposition [62].

Dans le même temps, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [30] donnait ses recommandations pour la pratique clinique : « il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège. Bien qu'il n'existe pas d'étude ayant un niveau de preuve suffisant, des critères optimaux d'acceptabilité de la

voie basse ont été définis par des comités d'experts: radiopelvimétrie normale, absence de déflexion de la tête fœtale, estimation pondérale entre 2500 et 3800 g, siège décomplété mode des fesses, accord de la patiente » [24, In 71].

L'étude PREMODA [52] a permis de montrer que l'accouchement par voie basse d'un enfant en siège à terme était une pratique obstétricale sûre, dans la mesure où elle était pratiquée dans des maternités habituées à cette technique et respectant des critères stricts d'acceptabilité de la voie basse et de conduite du travail (pelvimétrie, confrontation céphalo-pelvienne satisfaisante, opérateur expérimenté [72].

ROSENAN [97] a proposé dans son étude l'évaluation d'un coefficient du 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 (poids fœtal, position de la tête).

Critères		Cotation				
Parité	Primipare	4	1-2, 2-3	1	≥ 4	0
Taille	< 1,5	4	1,50-1,60	0	≥ 1,60	0
Bassin	Vicié	10	Limité	2	Normal	0
Tête	Stade IV	10	Stade III	5	Stade I-II	0
Poids	> 4 kg	10	3-4 kg	1	<3kg	0
Utérus	Cicatriciel	8	Malformé	2	Normal	0
Parties molles	Hypoplasique	3	-	2	Normal	0

Tableau 57: Coefficient du risque d'accouchement par le siège selon ROSENAN [97].

Indication de la voie basse pour un total < 10.

Indication de la césarienne pour un total > 10.

L'attitude de la tête fœtale est stadifiée en 4 stades : ROSENAN

- ✧ **Stade IV** : hyperdéflexion.
- ✧ **Stade III** : déflexion de la tête.
- ✧ **Stade II** : tête indifférenciée.
- ✧ **Stade I** : flexion de la tête.

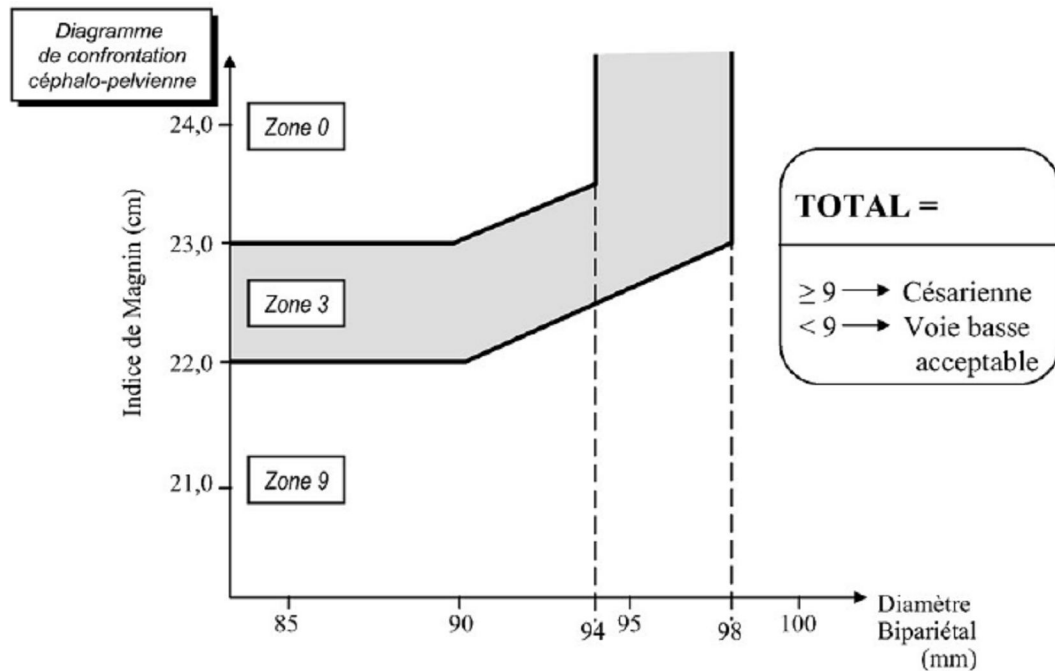
Dans son étude, E. LAGRANGE [71] a déterminé un score de siège qui comportait cinq critères : l'âge maternel, la parité, les antécédents obstétricaux, les données de la radiopelvimétrie, la confrontation céphalo-pelvienne.

Si le score était strictement inférieur à 9, la voie vaginale était autorisée.

En cas de score de siège supérieur ou égal à 9, la césarienne prophylactique était proposée.

	0	3	6	9
Age	≤ 30	30 < age ≤ 35	≥ 35	
Parité	2 & 3	1 & > 4		
Antécédents Obstétricaux	Nuls Ou favorables	Travail long Forceps difficile SFA		
Radiopelvimétrie (Morphologie pelvienne)	Normale	- Sacrum plat - Ogive pubienne fermée	D.S. > 70° / horizontale (patiente debout)	- Deux critères « 3 » - Sacrum en hameçon - Bi-sciatique < 8,5 cm - Anomalie forme du DS - Bassin traumatique
Confrontation Céphalo-pelvienne (Tout point sur une limite est considéré comme appartenant à la zone sup.)	Zone 0	Zone 3		Zone 9

Tableau58 : Score d'accouchement par le siège selon E. Lagrange.



Graphique10 : diagramme de confrontation céphalo-pelvienne selon E. Lagrange.

Si la tentative de voie basse est décidée, les règles du déroulement d'un accouchement par voie basse seront à respecter. A tout moment du travail, une césarienne pourra être décidée en cas de critères de pronostic défavorable.

5.3.2. Césarienne prophylactique

Pour certains auteurs : KUBLI et RUHGERS [in 39], la généralisation de la césarienne est le seul garant d'un bon pronostic fœtal en cas de présentation du siège.

HANNAH et coll. [57, 58, 59], tendent à affirmer que l'accouchement par le siège est délétère pour le fœtus alors que la césarienne systématique ne fait pas courir plus de risque à la mère que la tentative 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 [23, 69,83].

Par ailleurs, on a observé une absence de différence de morbidité et mortalité néonatale entre la naissance par voie vaginale ou par césarienne prophylactique dans l'étude PREMODA [in 71], de même que dans d'autres séries [22, 25, 56].

L'augmentation du recours à la césarienne en cas de présentation du siège à terme ne s'accompagne pas d'une amélioration significative de l'état néonatal dans un service respectant des critères obstétricaux pour l'acceptation de la voie vaginale.

Cette évolution des pratiques repose essentiellement sur la demande des usagers en faveur de la césarienne [62, 71].

31 parturientes ont bénéficié d'une césarienne prophylactique, soit une fréquence de 20,9%.

L'utérus cicatriciel associé à une présentation de siège et la grossesse gémellaire dont le premier fœtus est en siège constituaient les premières indications de la césarienne prophylactique dans notre série.

5.3.3 Déroulement de l'accouchement :

✓ critères de sélection de la voie basse

L'accouchement par voie basse n'est possible que si l'on dispose de moyens de surveillance corrects, à savoir : surveillance de la dilatation cliniquement et par un monitoring.

Selon les recommandations de SOGC(2009) [104], l'accouchement du siège par voie vaginale peut être offert lorsque le poids fœtal estimatif se situe entre 2 500 g et 4 000 g.

La SOGC note également les contre-indications suivantes au travail :

- a. Procidence du cordon.
- b. Retard de croissance intra-utérin ou macrosomie.
- c. Toute présentation autre qu'un siège décomplété ou un siège complet, accompagnée d'une attitude fléchie ou neutre de la tête fœtale.
- d. Bassin maternel inadéquat sur le plan clinique.
- e. Anomalie fœtale n'étant pas compatible avec l'accouchement vaginal.

✓ **Dilatation :**

La dilatation doit être régulière car les avis restent partagés en ce qui concerne le recours aux ocytociques pour le traitement d'une dystocie dynamique.

L'attitude la plus classique est de réserver ce traitement uniquement à la phase d'expulsion [46, 44].

En l'absence d'une évolution adéquate du travail, la tenue d'une césarienne est conseillée.

Le déclenchement du travail n'est pas recommandé lorsque le fœtus est en présentation du siège. La régulation des contractions utérines à l'ocytocine est acceptée en présence d'une hypokinésie de fréquence ou d'intensité.

✓ **Surveillance du rythme cardiaque fœtal :**

La surveillance du rythme cardiaque fœtal est un élément clé du suivi du déroulement de l'accouchement. L'objectif est de détecter d'éventuelles anomalies pouvant traduire un état de souffrance fœtale aiguë et nécessitant une prise en charge rapide afin d'éviter l'évolution vers des séquelles graves et invalidantes, voire fatales [114]. Certaines anomalies sont physiologiques : tachycardie ou bradycardie modérée, d'autres comme des oscillations réduites doivent être interprétées en fonction des médicaments prescrits et de l'état de la dilatation. Il faut signaler que dans une présentation du siège, la moindre anomalie dans le déroulement du travail doit accentuer la vigilance, et qu'une souffrance même modérée coïncidant avec une mauvaise progression de la dilatation ou un non engagement du siège à dilatation complète doit entraîner la décision de césarienne [in14].

Selon les recommandations de la SOGC (2009) [104], le monitoring électronique continu de la fréquence cardiaque fœtale est préférable au cours du premier stade du travail et obligatoire au cours du deuxième. Lorsque les membranes se rompent, la tenue immédiate d'un examen vaginal est recommandée pour écarter la présence possible d'une procidence du cordon.

✓ **Expulsion :**

Elle constitue une seconde épreuve où l'on appréciera l'engagement et la progression du siège dans l'excavation.

Si certains auteurs préconisent l'accouchement spontané [21, 38], de plus en plus, d'autres recommandent une pratique d'assistance à l'expulsion, il s'agit là des gestes d'accompagnement qui sont les manœuvres de Bracht, Mauriceau et Lovset.

Leur but est d'aider l'expulsion des épaules et de la tête dernière. Le forceps sur tête dernière, la grande extraction du siège et la ventouse de dégagement restent des manœuvres dangereuses qui ne doivent être entreprises que si leur technique est parfaitement maîtrisée [21, 44].

Il apparaît que la poursuite de l'enseignement théorique et de la pratique des manœuvres obstétricales améliore plus le pronostic fœtal et pourrait améliorer l'avenir obstétrical de leurs mères. [104]

5.3.3 Césarienne au cours du travail :

Dans notre série, 117 césariennes au cours du travail ont été pratiquées, soit 79,1% et dont la RPM et la procidence du cordon étaient les indications majeures.

BEN AISSIA [12] rapporte une fréquence de 19,25% de césariennes au cours du travail, le plus souvent entraînées par une SFA et une stagnation de la dilatation.

D.E.BROCHE et al. [17] rapportent dans leur étude un taux de césariennes secondaires de 16%, motivées le plus souvent par une stagnation de la dilatation, un non engagement de la présentation et une SFA.

6.Critères influençant le pronostic d'accouchement par le siège:

6.1. Critères maternels :

a. Age maternel :

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

Pour ERKAYA et al. [45] : le taux de césarienne est plus élevé chez les parturientes âgées de moins de 18 ans.

Pour VENDITELLI [110] : un âge supérieur à 35 ans est également considéré comme défavorable pour un accouchement par voie basse en cas de siège, alors que pour HANNAH [58], même un âge > 30 ans est considéré comme défavorable.

Pour BUAMBO [20] et RACHDI [93], l'âge maternel peut influencer négativement le pronostic néonatal notamment chez les mères de moins de 20 ans et de plus de 35 ans.

Ce point de vue concorde avec les données de notre étude: le risque de mortalité périnatale est plus élevé chez les parturientes âgées de moins de 20 ans, alors que la fréquence de la césarienne était inversement proportionnelle à l'âge maternel.

b. Taille maternelle :

Classiquement, une taille inférieure à 1,50 m chez la parturiente doit faire suspecter une viciation du bassin [14].

Pour RACHDI [93] : le pronostic de l'accouchement du siège chez la femme de petite taille est moins favorable sans que la différence soit significative.

DENIS [38] : constate que le nombre de césariennes est inversement proportionnel à la taille maternelle, ce qui s'explique par une plus grande fréquence de bassin rétréci.

Pour D.E.BROCHE [17] et G.DESCARGUES [40] : La taille maternelle n'est pas un facteur de risque d'échec d'accouchement par voie basse.

Dans la série de ROSENAN et coll. [97] : la césarienne a été réalisée chez toutes les parturientes ayant une taille $< 1,50$ m, alors que dans notre série 60% des parturientes ayant une taille inférieure à 1,50 m ont accouché par césarienne, et le taux de la mortalité et la morbidité néonatale était important chez ces parturientes.

Aujourd'hui, ce problème devrait être reconsidéré : les femmes sont plus grandes et ce changement de morphologie s'accompagne d'une modification de leur bassin : on relève d'avantage de bassins anthropoïdes qui ne semblent pas être dystociques comme le sont les bassins androïdes [43].

c .parité :

La parité est diversement appréciée. "Chez la multipare, le pronostic est à peine moins bon que celui du sommet, chez la primipare au contraire le pronostic comporte toujours une réserve" [44].

En effet, pour NASSAR N. [86] la primiparité est classiquement un facteur de risque : mortalité théoriquement accrue, échec de dilatation conduisant plus souvent à la césarienne, d'autant que s'y ajoute parfois un contexte particulier (âge avancé, passé d'infertilité...) et une dilatation plus laborieuse, cela concorde avec nos résultats qui montrent un taux de césarienne plus élevé chez les primipares avec une fréquence de morbidité et mortalité néonatales plus élevée par rapport aux multipares.

Pour D.E.Broche et al [19], un élément fortement prédictif de l'accouchement par les voies naturelles est la parité de la patiente. Un antécédent unique d'accouchement pour une patiente, par rapport à une nullipare, et en faveur de l'accouchement par voie basse du siège de manière tout à fait significative. Et toujours par rapport à une nullipare, si la patiente a eu au moins deux accouchements antérieurs, elle est en défaveur d'une césarienne.

Récemment, la gravité de la primiparité a été remise en cause: la notion de "bassin ayant fait ses preuves" paraît effectivement dépassée en raison de la mécanique d'accommodation totalement différente [85,86], il semblerait même que la multipare soit plus exposée aux complications.

d. Cicatrice utérine :

Peu de travaux ont été rapportés sur l'accouchement par le siège chez une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel :

OPHIR et coll. [in 33] ont analysé de façon rétrospective 71 cas de présentation du siège : 24 patientes étaient césarisées avant le travail, un essai de voie basse était entrepris dans 47 cas (66,2%) avec un accouchement par voie vaginale dans 78,7% des cas. Une rupture utérine avait été découverte en postpartum.

La morbidité néonatale n'était pas différente dans les différents groupes. La morbidité maternelle globale était plus élevée en cas de césarienne itérative qu'en cas d'essai de voie basse.

En effet, MAILLET [79] propose une épreuve utérine sur cicatrice utérine, ceci bien entendu dans des cas soigneusement sélectionnés et avec des gestantes réunissant tous les critères d'acceptation de la VB.

Pour F.vendittelli [111] le risque relatif d'avoir un enfant en présentation de siège à terme pour les femmes ayant eu une césarienne dans leurs antécédents était de 2,18%. Ce risque ne diffère pas selon le nombre de césariennes antérieurs.

Dans notre série, nous avons relevé 27 cas d'utérus cicatriciels dont seulement 2 ont accouché par voie basse, soit une fréquence de 7,41%. Ceci démontre que pour nous : l'utérus cicatriciel est une indication à la césarienne en cas de présentation du siège, et que si le bassin était normal et en l'absence d'autres facteurs de risque, on peut accepter la voie basse.

6.2 Critères obstétricaux :

6.2.1. Au cours de la grossesse :

Mode de présentation :

Classiquement, le siège complet était considéré comme de meilleur pronostic.

Cependant, la plupart des études récentes en font plutôt un facteur défavorable, car il retarde l'appui de la présentation sur le col, favorise la RPM, les anomalies de la dilatation ainsi que la procidence du cordon [41].

Descargues et al.[40] ont réalisé une étude pour évaluer l'influence du type de présentation du siège sur le pronostic de l'accouchement chez les primipares à terme sélectionnées. Cette étude rétrospective incluait 146 naissances entre 1993 et 1999. Il y avait 27,4% de présentation du siège complet et 72,6% de présentations du siège décomplété. L'auteur concluait qu'il n'existait pas de différence significative pour le pronostic obstétrical et néonatal, quel que soit le mode de présentation du siège.

Dans les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

[31], la présentation du siège doit préférentiellement être en siège décomplété. Le choix préférentiel pour celle-ci réside dans le fait que celle-ci sollicite mieux le col que le siège complet. De plus, il y a moins de procidence du cordon.

Ainsi, bien que la présentation du siège décomplété soit de meilleur pronostic pour un accouchement par voie basse, il ne faut pas considérer une présentation du siège complet comme une contre-indication à la voie basse.

Une série bisontine [in 17] semble montrer que l'accouchement par voie basse d'un siège complet a le même pronostic qu'une présentation décomplétée.

Pour M. Moncolin [81] les résultats néonataux étaient les mêmes dans les 2 groupes.

Dans notre série : la césarienne a concerné 48,86% de siège complet contre 52,08% pour le siège décomplété, alors que le taux de mortalité et de morbidité périnatale a été plus élevé pour le siège complet que pour le siège décomplété.

Age gestationnel :

Selon J.F.MEYE [84] et LUMLEY [76], le principal facteur pronostique de morbidité fœtale est la prématurité, particulièrement pour les grossesses de moins de 35 SA. PICAUD [89] et DUBOIS [42] ont fait le même constat.

E.Lagrange [71], J.Delotte [35], D.E.Broche [19] et M.Moncolin [81] considèrent l'âge gestationnel >37SA comme critère d'inclusion dans leurs études ce qui nous ne renseigne pas sur l'influence de la prématurité sur le pronostic fœtal.

Dans notre série, la prématurité a été constatée dans 22,18%, dont 36,07% sont nés par césarienne et 63,93% par voie naturelle. La mortalité néonatale a concerné 9,84% des prématurés en siège contre 0,56% des nouveau nés à terme et la morbidité est aussi importante chez les prématuré (16,39%) que chez ceux à terme (3,93%).

6.2.2. Déroulement du travail :

L'accouchement du siège présente plusieurs points particuliers :

- Les diamètres à accoucher sont progressivement croissants : 9 cm pour le bi-trochantérien,

12cm pour le bi-acromial (réductible par tassement à 9,5 cm) et enfin 9,5 cm pour le bipariétal (BIP).

- La tête n'est pas confrontée aux butées du bassin pour se fléchir, il n'y aura donc pas la même déformation plastique que pour un accouchement en présentation céphalique.

- Il est important de garder un mobile fœtal compact, avec la tête en flexion. Ainsi, toute traction intempestive doit être évitée : celle-ci induirait la déflexion de la tête et le relèvement des bras.

- Enfin, le dégagement de la tête et des épaules doit s'effectuer rapidement après l'expulsion du siège, car il existe une altération de la communication foeto-placentaire après l'engagement de l'ombilic dans le vagin, phénomène décrit par Lacomme [70].

✓ Rupture des membranes :

Dans la présentation du siège, la poche des eaux revêt une importance particulière au point que tous les auteurs sont unanime sur la nécessité de la respecter jusqu'à dilatation complète [in 64], 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 [65].

Dans notre série, nous avons relevé 33 cas de RPM avant terme, soit 23,91% dont 20 ont accouché par voie basse et 13 par voie haute.

Dans l'ensemble, lorsque 12 h se sont écoulées sans qu'apparaissent de vraies contractions utérines, la prudence conseille de prendre la direction du travail et de césariser en cas d'échec de la voie basse. Dans notre étude lorsque le délai de rupture est plus de 12h la fréquence de césarienne est de 66% alors qu'elle est de 48% en cas de délai inférieur à 12h.

✓ *Dilatation :*

«A bonne dilatation, bon siège» [92]. Ainsi, une dilatation normale est le garant d'une expulsion sans problème.

Lors d'un travail eutocique, pendant la phase active de l'accouchement, la dilatation devrait normalement progresser d'au moins 1cm/h chez les primipares et 1,5cm/h chez les multipares. La présentation du siège ne doit pas être accusée d'entraîner une dilatation plus lente [18].

VENDITTELLI F [109] 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.

Il est intéressant de noter l'importance de la gestion rigoureuse du travail. 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, il convient de rester vigilant face à la survenue de cette anomalie. Il faut s'attacher à éviter autant que possible cet événement dans un premier temps et à réagir de manière appropriée et rapide s'il survient.

Dans notre série, la dilatation a progressé normalement dans la majorité des cas (98,54%). 4cas ont nécessité une césarienne pour stagnation de la dilatation.

✓ *Expulsion :*

Elle demeure la période la plus dangereuse, puisque s'y multiplient les risques d'anoxie et de traumatisme. 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 [44, 61].

La morbidité à court terme chez les foetus 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 foétale [104].

C'est particulièrement à ce stade qu'une participation active de la patiente est souhaitable sachant que la mortalité périnatale dépend de la durée d'expulsion [93].

✓ *Manœuvres obstétricales :*

Elles demandent aussi à être reconsidérées du point de vue pronostique car toutes présentent à côté de leurs avantages, des risques qu'il faut se rappeler quand on a encore le choix entre deux manières d'agir [80]. L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleur solution, mais à condition qu'il ne se prolonge pas jusqu'à provoquer l'anoxie, or l'expérience montre que près d'une fois sur 2, il faut plus ou moins intervenir : car ce n'est pas un choix mais une nécessité. C'est pourquoi on observe actuellement un retour non à des extractions proprement dites, mais à des gestes d'accompagnement pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière. Quant à la valeur des

interventions, toutes même la manœuvre de Bracht, s'accompagnent d'une mortalité et d'une morbidité qui varient d'un auteur à l'autre, le forceps représente pour certains un moyen redoutable [100] et pour d'autres la meilleure façon d'aider à l'accouchement de la tête dernière [6, 48, 90, 92].

C'est ici qu'intervient en premier, l'expérience, le jugement et l'habilité de l'accoucheur, ainsi que la qualité de toute l'équipe obstétricale [6].

Pour DESCARGUES [40], la manœuvre de Bracht a été la plus fréquemment utilisée pour les sièges complets et décomplétés, mais seul la manœuvre de Mauriceau a été significativement plus fréquente dans les sièges complets.

D.E.BROCHE [17] a trouvé un taux élevé de manœuvre : 81%, contre 18,9% de voix basse spontanée (Vermelin), ceci parce qu'il donne une large part à la petite extraction.

Dans notre série, L'accouchement spontané : sans intervention de l'obstétricien était pratiqué chez 48,17% des AVB, alors que l'intervention de l'obstétricien par l'utilisation des manœuvres s'est avérée nécessaire dans 156 cas, soit 51,82%.

À la suite de l'accouchement spontané jusqu'à l'ombilic fœtal, le délai d'expulsion peut nécessiter l'application de manœuvre mettant en jeu la manipulation fœtale :

❖ Manœuvre de Lovset :

Cette manœuvre permet le dégagement des épaules du fœtus. Le fœtus est saisi par le bassin, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigts sur l'aile iliaque. On effectue une traction du fœtus vers le bas et une première rotation du dos vers l'avant pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse, puis une rotation de 180° amène l'épaule postérieure en antérieur, qui se dégage et l'autre épaule (ex-épaule antérieure) descend alors sous le promontoire. Une seule rotation de 180° en sens inverse ramène l'ex épaule antérieure à nouveau en antérieur sous la symphyse et elle se dégage.

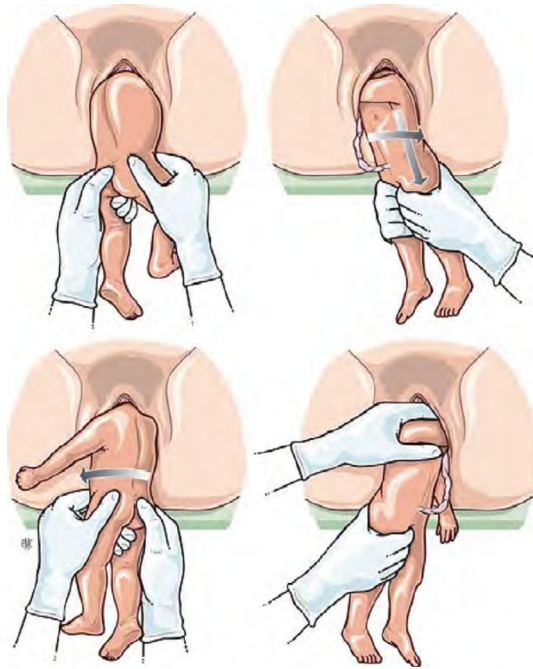


Figure 7 : Manœuvre de Lovset.

❖ Manœuvre de Bracht :

Cette manœuvre permet le dégagement de la tête fœtale. Elle consiste, lorsque les omoplates fœtales apparaissent à la vulve, à saisir les cuisses du fœtus. On relève alors lentement et sans brutalité le tronc vers le haut en exerçant une traction modérée. Enfin, on rabat le dos de l'enfant sur le ventre de la mère. Le plus souvent, la tête fœtale sort spontanément.

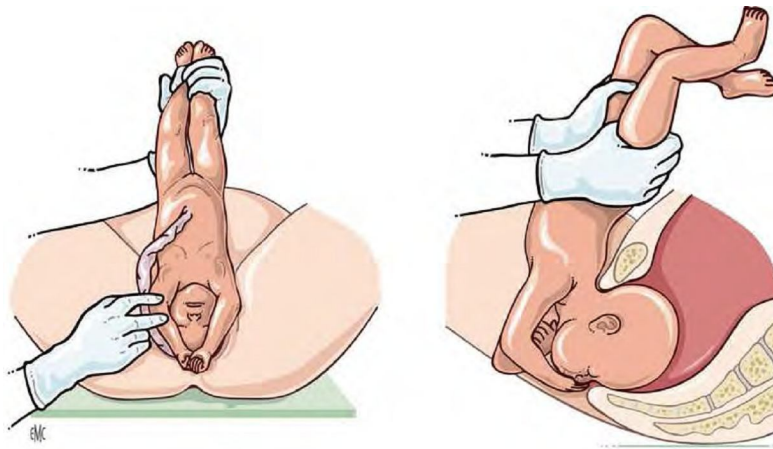


Figure 8: Manœuvre de Bracht.

❖ Manœuvre de Mauriceau :

Cette manœuvre permet le dégagement de la tête fœtale. Elle ne se conçoit que sur une tête dite engagée. L'enfant est à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur qui introduit deux doigts dans la bouche jusqu'à la base de la langue. Par un mouvement de flexion des doigts, on fléchit le pôle céphalique fœtal en amenant, sans violence, le menton sur l'appendice xiphoïde. L'autre main exerce une traction synchrone sur les épaules fœtales en plaçant de part et d'autre du cou, sur les acromions. Cette traction doit être orientée en bas dans l'axe ombilicococcygien.

Lorsque l'occiput est calé sous la symphyse maternelle, le fœtus est progressivement relevé vers le ventre de sa mère, et le dégagement laisse apparaître successivement la bouche, le nez, les yeux et enfin le front du nouveau-né.

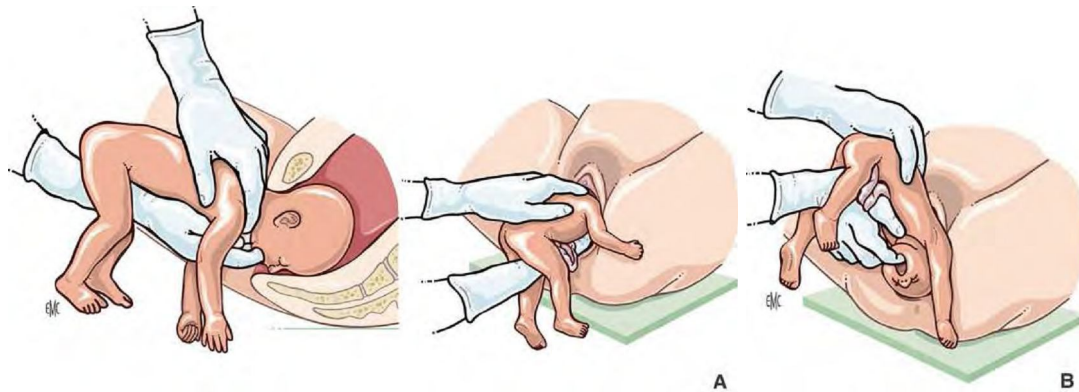


Figure 9 : Manœuvre de Mauriceau

❖ Les manœuvres moins fréquentes :

- Grande Extraction du siège :

1er temps : Les difficultés varient avec le mode de présentation. Une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône.

- Siège complet : on saisit le pied antérieur ou à défaut les deux pieds. Par traction douce, on amène le pied à la vulve, puis la jambe, puis le genou. Si le pied postérieur a été saisi et abaissé, la fesse antérieure vient butter contre la symphyse pubienne.

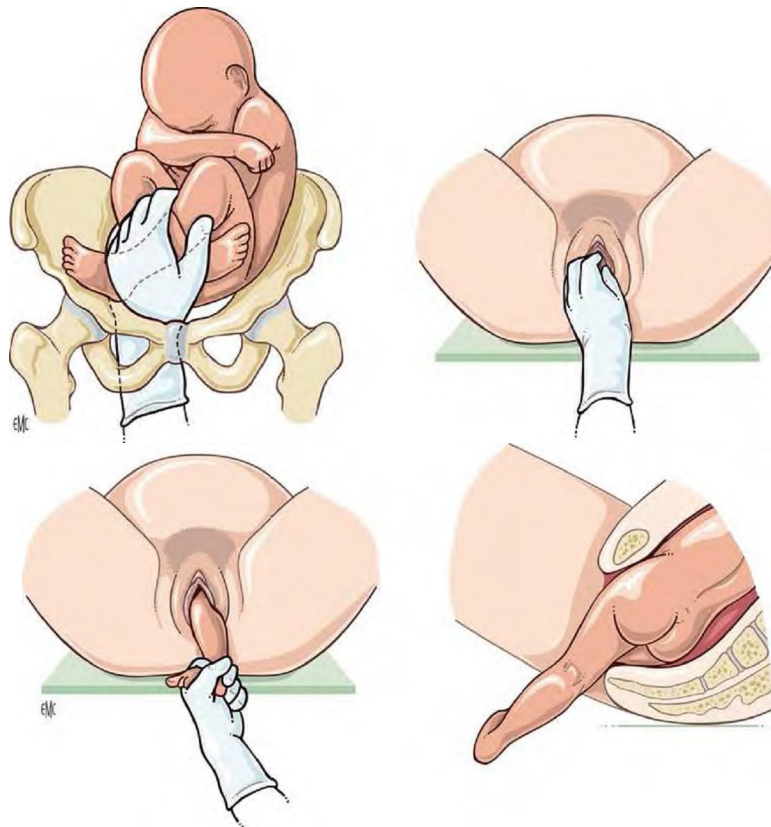


Figure 10 : Grande extraction du siège

- Sièges décomplétés : La manœuvre de Mantel-Pinard permet d'abaisser le pied en fléchissant le genou du siège décomplété : introduire la main droite dans le vagin, en refoulant le siège, repérer le creux poplité du membre inférieur antérieur, appuyer avec le doigt dans le creux poplité pour entraîner la flexion de la jambe sur la cuisse, ce qui permet de saisir le pied.

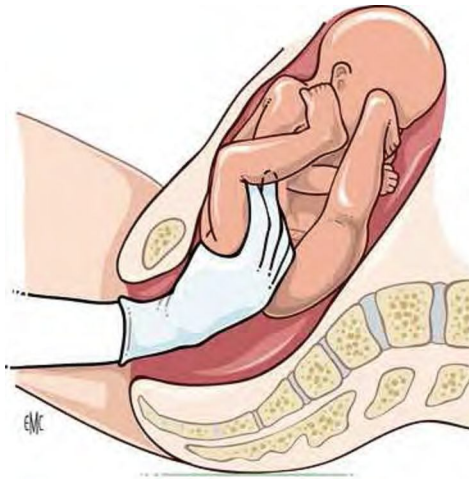


Figure 11 : Manœuvre de Mantel-Pinard.

2ème temps : Le genou étant à la vulve, saisir la cuisse, orienter le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin en imprimant au membre inférieur un mouvement de rotation. Puis tirer très en bas, dans l'axe ombilico-coccygien ; le fœtus tourne le dos en avant, accompagner ce mouvement sans le contrarier. Au moment du dégagement, orienter le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. Tirer vers le bas pour dégager la hanche antérieure, puis horizontalement et enfin vers le haut pour dégager la hanche postérieure, le membre postérieur se dégage alors.

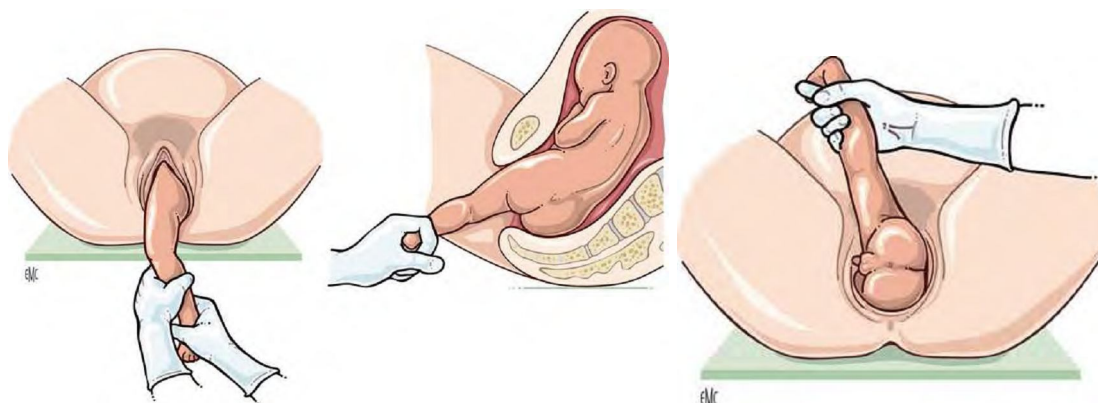


Figure 12 : GES : léger relèvement de la traction et traction vers le haut.

3ème temps : Cf. : petite extraction du siège.

○ Petite Extraction du siège :

La petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras (manœuvre de Lovset) et l'extraction de la tête dernière (manœuvre de Bracht et Mauriceau). La traction se fait sur le bassin du fœtus, les deux pouces de l'opérateur sur le sacrum, les index et les médus sur les ailes iliaques. Orienter le diamètre bi-acromial dans un diamètre oblique du détroit supérieur. La traction vers le bas permet d'engager et de descendre les épaules. Le dégagement des épaules dans la petite extraction se fait dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. La rotation a été faite pendant la descente. On tire en bas pour amener l'épaule antérieure sous la symphyse. Pour dégager le bras antérieur, on utilise la technique décrite par Lantuejoul : placer le pouce sous l'aisselle, l'index et le médus le long du bras, parallèles à celui-ci. Le bras est ensuite abaissé. Le fœtus est ensuite saisi par les pieds et relevé vers le haut. On introduit une main dans le vagin et, comme précédemment, le pouce placé dans l'aisselle, les deuxième et troisième doigts le long du bras postérieur, parallèles à lui, on abaisse progressivement le bras postérieur en le portant vers la face antérieure du fœtus.

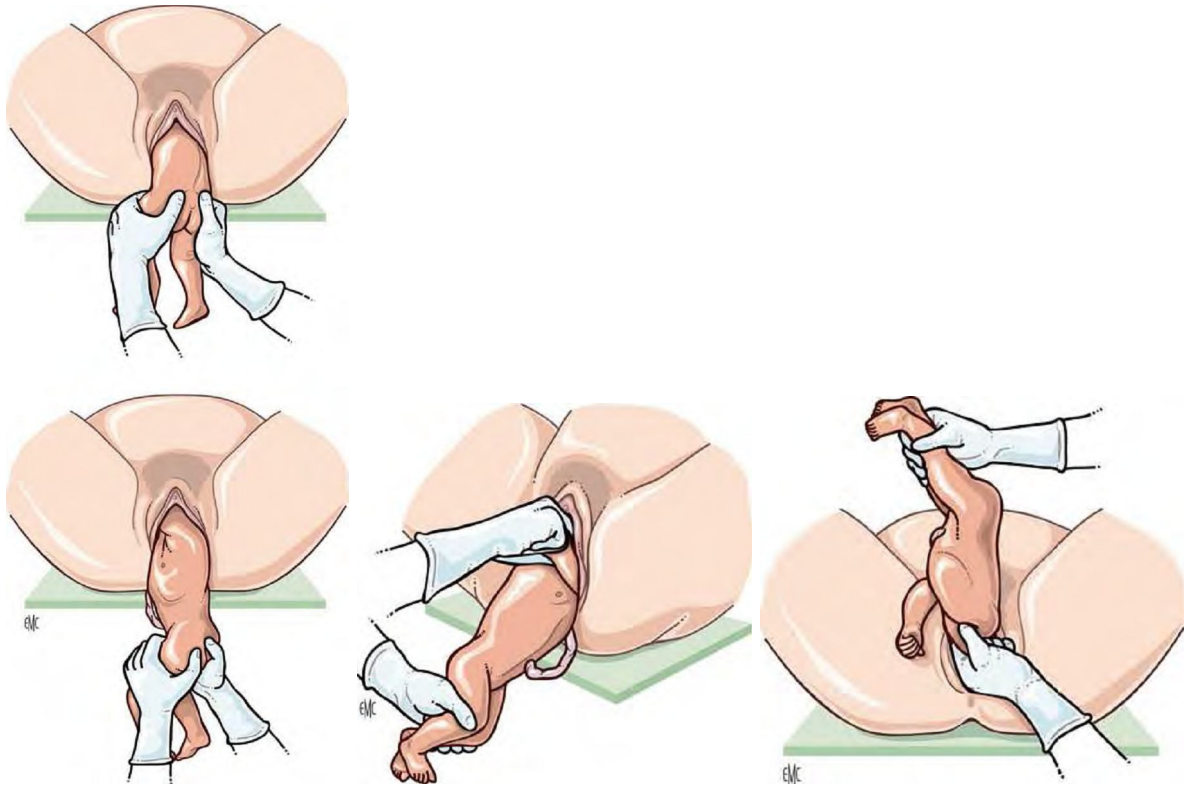


Figure 13 : Petite extraction du siège.

7. Pronostic de l'accouchement du siège :

7.1 Pronostic foetal :

7.1.1 Mortalité foetale :

JONAS et RODER [in 20] trouvent que la mortalité foetale est 9 fois plus élevée qu'en présentation du sommet.

Le taux de mortalité globale reste variable selon les auteurs : 1,87% à 78%.

Auteur	Taux de mortalité néonatale
BEN AISSIA [12]	4,89%
BUAMBO [20]	7,8%
ANDREAS HERBST [7]	2,43%
KHARBACH [68]	1,87%
BENNANI [14]	7,8%
NOTRE SERIE	2,95%

Tableau 59: Taux de mortalité globale selon les auteurs

Dans notre série, la prématurité représente 30% des causes de décès.

Pour prévenir chez les prématurés les méfaits de l'accouchement par voie basse, certains auteurs comme CIBILS [29], LACOME [70], GORBE [54] ont proposé de leur étendre les avantages de la césarienne prophylactique.

D'autres comme : DUBOIS [42], CAUDERC [26] prétendent que la césarienne n'améliore pas la mortalité des prématurés qui se présentent par le siège.

Une étude a été menée en France [67]. Elle comprenait 84 patientes pour le groupe voie basse et 85 patientes pour le groupe césarienne. G.Kayem mettait en évidence que pour les fœtus prématurés, naissant en présentation du siège, entre 26 et 29SA + 6 jours, la mortalité néonatale était la même quel que soit le mode d'accouchement prévu : voie basse ou césarienne.

7.1.2. Morbidité fœtale :

Il est erroné de penser que la réalisation d'une césarienne est un geste banal n'engendrant aucune morbidité fœtale [11, 112, 73].

De manière générale, la césarienne expose aux mêmes risques de complications traumatiques que l'accouchement par voie basse [103].

De manière spécifique, la césarienne expose au risque de plaie fœtale lors de la réalisation de l'hystérotomie, surtout lorsque le segment inférieur est très fin, au cours du travail, lors d'une césarienne itérative ou réalisée à membranes rompues. La fréquence des plaies fœtales est de 1% [28] et celles-ci sont le plus souvent minimales et localisées au niveau du scalp ou du visage, nécessitant rarement une réparation chirurgicale.

Ceriani et *al.*[27] ont réalisé une étude prospective observationnelle afin d'évaluer la morbidité néonatale des nouveau-nés avant 37SA en fonction de la voie d'accouchement chez des patientes pour lesquelles la grossesse était considérée à « bas risque ». L'étude incluait 2021 enfants. L'auteur concluait

que dans le cadre de grossesses à «bas risques» les césariennes étaient associées à une augmentation de la morbidité néonatale, du nombre d'hospitalisations en soins intensifs pour les nouveau-nés, de la douleur maternelle en post partum et à la diminution du nombre d'allaitements maternels exclusifs à la sortie de la maternité.

Il est donc important de signaler que bien que la césarienne soit une technique simple, rapide et efficace, elle n'en reste pas moins dénuée de risque tant pour le versant maternel que pour le versant fœtal. Ainsi, éluder totalement les risques maternels et fœtaux d'une politique de césarienne programmée systématique semble imprudent.

On ne peut donc proposer une césarienne de façon systématique en cas de présentation du siège. Cependant, dans certains cas, l'indication d'une césarienne reste évidente.

La fréquence de la morbidité a été de 7,38% dans notre série représentée par la SNN et les traumatismes obstétricaux.

Nous citons à titre indicatif les chiffres selon: BENNANI [14]:5,6%, BEN AISSIA [12]:5,5%, E.LAGRANGE [71]:6%.

Dans notre série, nous avons relevé 6 cas de traumatismes obstétricaux: 1Hématomes vulvaire, une lésion péri-anale, une ecchymose du membre inférieur et trois cas de plaies thoracique.

Nous avons pu déterminer la SNN en tenant compte du score d'Apgar à 1 min et à 5 min suivant la naissance. Le nombre global était de 19 cas dont 14 observé après accouchement par voie basse.

En comparant notre fréquence avec celles de la littérature, il apparaît que notre taux reste plus élevé par rapport à certaines valeurs internationales : D.E.BROCHE [17]: 2,8%, F. VENDITTELLI [109]: 1,18% et ANDREAS HERBST [7]: 2,4%.

La détresse respiratoire :

Il existe une augmentation de la fréquence de la détresse respiratoire néonatale post césarienne expliquée par un défaut de résorption du liquide pulmonaire. En effet, la césarienne court-circuite le véritable « essorage physiologique » que représente le passage dans la filière génitale. La fréquence de cette complication est d'environ 5%. Elle peut donner lieu à des hospitalisations en milieu néonatal et augmenter la durée d'hospitalisation des nouveau-nés selon la sévérité du retentissement de ces détresses respiratoires « induites ».

Cette complication est plus fréquente en cas de césarienne prophylactique qu'en cas de césarienne réalisée au cours du travail, car les contractions ont une action directe sur la cage thoracique fœtale à terme.

Ainsi, pour limiter le risque de détresse respiratoire post césarienne, différents auteurs insistent, en dehors du contexte d'urgence, sur la nécessité de réaliser des césariennes après 39 SA et d'envisager la réalisation d'une corticothérapie anténatale [60,115].

Dans notre série 21 nouveaux nés ont présenté une détresse respiratoire à la naissance soit une fréquence de 7,63% dont 4,72% ont été accouchés par césarienne et 2,91% par voie basse.

La luxation congénitale de la hanche :

La présentation de siège représente un facteur de risque de la luxation congénitale de la hanche en entraînant un excès de pression sur le fémur fléchi, luxant ainsi la hanche en arrière de la cotyle [96].

L'examen clinique est la pierre angulaire du diagnostic de LCH. Il prendra en compte un signe d'alerte (anomalie de l'abduction) et recherchera un signe de certitude (l'instabilité représenté par signe de ressaut) [96].

L'échographie aide au dépistage de la luxation congénitale coxo-fémorale. Cet examen doit être réalisé chez toute naissance par siège avant la fin du premier mois de vie.

Dans notre série nous relevé un cas de luxation congénitale de la hanche diagnostiqué par examen clinique à la naissance, une échographie de la hanche à un mois de vie a été demandée chez 67,6% de nouveaux né ayant accouché par le siège

7.2. Pronostic maternel :

7.2.1. 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 [12 ,71, 101,109].

La césarienne est associée à une augmentation du risque de décès en post-partum par rapport à l'accouchement par voie vaginale. En effet, dans une étude rétrospective de 1996 à 2000, portant sur 65 décès maternels post césariennes, le

risque de décès en postpartum était augmenté par 3,6 après césarienne par rapport à un accouchement par voie basse [37]. L'augmentation du risque de décès était liée aux complications anesthésiques, aux infections puerpérales 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 les études, cette augmentation de mortalité liée à la césarienne est plus ou moins importante et le chiffre réel reste difficile à apprécier [88,106]

7.2.2. Morbidité :

✓ Voie basse :

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.

✓ Voie haute :

La césarienne est une des interventions chirurgicales les plus pratiquées dans le monde. Son taux actuel dans les pays développés est d'environ 20% [36]. 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. Les complications hémorragiques et traumatiques représentent la majorité des complications per opératoires. Les déchirures traumatiques des

voies génitales peuvent toucher l'utérus, le vagin et le ligament large. Les plaies intestinales sont très rares. Les plaies urinaires sont moins rares (0,6%) que les plaies digestives.

- En période postopératoire, à court terme, il s'agit essentiellement de complications infectieuses et thromboemboliques. Parmi les infections, les plus fréquentes sont représentées par les infections urinaires, les endométrites et les infections de paroi. Les complications infectieuses sont deux à cinq fois plus fréquentes après une césarienne qu'après un accouchement par voie basse. Les complications thromboemboliques représentent moins de 1% des complications depuis la prévention systématique par héparine de bas poids moléculaire (HBPM).

- En période postopératoire, à long terme, la littérature médicale ne permet pas de conclure sur une augmentation (ou pas) déterminée et précise du taux de complications lors d'une grossesse ultérieure (rupture utérine). De la même manière, les diminutions de fréquence de complications liées aux accouchements (incontinence urinaire, etc....) restent à affirmer puis à évaluer en cas de césarienne [91].

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 [5].

Un autre des risques de la césarienne est celui de la reprise chirurgicale. Les complications nécessitant une seconde laparotomie après césarienne sont par ordre de fréquence décroissant: les hémorragies, les éventrations, les abcès intra-muraux.

Lurie et al. ont étudié 3380 césariennes et mis en évidence un taux global de secondes laparotomies de 0,53% [77].

Liu et al. [74] ont réalisé en 2007 une étude de cohorte rétrospective qui incluait 2 339

186 patientes. Le but de l'étude était d'évaluer la morbidité maternelle et foetale en fonction de la voie d'accouchement chez les patientes dont la grossesse était considérée à «bas risque». Le groupe contrôle pour les césariennes à bas risques était des patientes primigestes pour lesquelles une césarienne avait été décidée pour présentation du siège. Ce groupe comprenait 46 766 patientes. Le groupe « voie basse » était constitué de 2 292 420 patientes à bas risques, pour lesquelles une voie basse était programmée. Dans le groupe « voie basse », il y a eu 78% d'accouchements par voie basse, 13,9% d'extraction instrumentale et 8,1% de césarienne en urgence. L'auteur retrouvait une augmentation du risque d'arrêt cardiaque en post-partum d'hématomes de cicatrices, d'hystérectomie, d'infection majeure, de complications anesthésiques, de thromboses veineuses, d'hémorragie nécessitant une hystérectomie et une augmentation de la durée d'hospitalisation dans le groupe césarienne. Par contre il y avait moins d'hémorragies nécessitant une transfusion dans le groupe voie basse. L'auteur concluait que bien que la différence en termes de risque absolu était faible, le risque de morbidité maternelle sévère était tout de même plus

important pour le groupe « césarienne » que pour le groupe « voie basse », et que cela devrait être pris en compte lors du choix de la voie d'accouchement pour une patiente à « bas risque ».

Pour BROCHE D.E. [17]: la morbidité reste plus élevée en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse.

Pour Carbonne B. [23] et Martel M. [83] : Si la césarienne dispose d'une faible morbidité, elle conduit à générer un utérus cicatriciel susceptible de compliquer les prises en charge obstétricales ultérieures.

Par contre, RHEAULT [94] rapporte qu'une politique de césarienne est associée à un risque plus faible d'incontinence urinaire dans les 3 mois du post-partum que la voie basse.

Dans notre série les complications postopératoires de la césarienne étaient plus morbides que celles de la voie basse : décompensation acidocétosique et décompensation d'une cardiopathie nécessitant un séjour en réanimation, et 2 infections de la paroi nécessitant une prolongation de la durée d'hospitalisation.

Conclusion



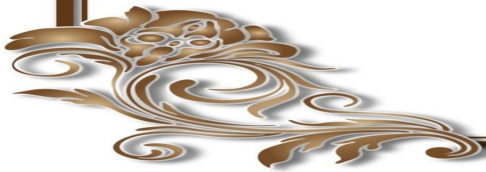
La conduite de l'accouchement de siège reste un sujet de discussion sur lequel il n'existe pas de consensus, mais seulement des opinions basées sur des expériences individuelles et dont les résultats sont variés.

Notre étude nous a permis de dégager certains éléments qui nous paraissent utiles pour améliorer le pronostic fœto-maternel dans ce type de présentation :

- L'importance d'une éducation sanitaire axée sur la nécessité du suivi des grossesses pour pouvoir dépister à temps les grossesses à risques et prendre à froid une décision thérapeutique.
- Le diagnostic de présentation du siège doit être fait avant tout début du travail grâce à l'étude clinique, échographique et radiologique (radiographie du contenu utérin, scannopelvimétrie) et qui doit constamment être révisé au cours du travail.
- Une version par manœuvre externe doit être essayée entre 36 et 37 SA, en absence de contre-indication.
- La conduite de l'accouchement de siège doit être assurée par une équipe qualifiée en mesure de contrôler efficacement la progression du travail et le confort du fœtus.
- Si la tentative de voie basse est décidée, les règles du déroulement d'un accouchement par voie basse seront à respecter. A tout moment du travail, une césarienne pourra être décidée en cas de critères de pronostic défavorable.
- Dans le cas d'accouchements prématurés en présentation du siège, l'attitude la plus efficace semble être la lutte contre la prématurité et l'hypotrophie.

Ainsi, nous espérons améliorer la prise en charge des patientes avec un fœtus en présentation du siège à terme et nous espérons avoir également plus de visibilité sur la prise en charge de ces patientes.

Résumés



Résumé

Titre : L'accouchement en présentation de siège à la maternité Souissi de rabat

A propos de 275 cas

Auteur : **Bachira EL BAKKALI**

Mots clés : Siège – Accouchement – Etiologie – Diagnostic – Pronostic.

La présentation du siège est le type d'accouchement à haut risque dont l'issue demeure incertaine et la conduite reste un sujet de discussion.

A la lumière de cette étude rétrospective réalisée au sein de la Maternité Souissi I à Rabat à propos de 275 sièges, sur une période d'une année allant du 1er Janvier au 31 Décembre 2010. Nous avons précisé les modalités de prise en charge obstétricale de cette présentation, les moyens de diagnostic et le pronostic maternel et néonatal de ce type d'accouchement en étudiant la morbidité et la mortalité.

Nos résultats sont comme suit:

- La présentation du siège représente 3,71% des accouchements.
- La voie basse a été le mode d'accouchement chez 46% des parturientes avec 73,23% d'accouchements spontanés et 26,77% d'accouchements assistés, alors que la césarienne a été réalisée dans 54% des cas
- chez les parturientes âgées de moins de 20 ans, La mortalité périnatale était plus élevée et la fréquence de la césarienne était inversement proportionnelle à l'âge maternel.
- la césarienne a été effectuée chez 65,71% des primipares et chez 37,25% des multipares.
- La mortalité néonatale est évaluée à 3,64%, dont la fréquence la plus élevée a été observée en cas d'accouchement par voie basse : 7,09%, contre 0,68% en cas d'accouchement par la césarienne.
- La morbidité néonatale a été représentée par 11,02% de souffrances néonatales et 0,02% de traumatismes obstétricaux dans l'accouchement par voie basse.
- La mortalité maternelle a été nulle et la morbidité a été de 2,7% en cas de césarienne et 2,36% en cas d'accouchement par voie basse.

Summary:

Title breech delivery at Souissi of Rabat

Author : **Bachira EL BAKKALI**

Key words Breech,delivery , etiology, diagnosis ,prognosis

Breech presentation is the type of delivery at high risk whose outcome remains uncertain and driving remains a topic of discussion.

In light of this retrospective study conducted in the Maternity Hospital in Rabat Souissi I about 275 seats, over a period of one year from 1 January to 31 December 2010. We have clarified the terms of obstetric care in this presentation and the diagnostic facilities and maternal and neonatal prognosis of this type of delivery by studying morbidity and mortality.

Our results are as follows:

- Breech presentation represents 3.71% of deliveries.
- Vaginal delivery was the mode of delivery among 46% of women with 73.23% of spontaneous deliveries and 26.77% of assisted deliveries, whereas Cesarean section was performed in 54% of cases
- Among mothers under 20 years, perinatal mortality was higher and the frequency of cesarean delivery was inversely related to maternal age.
- Cesarean section was performed in 65.71% of primipara and in 38.10% large multipara.
- Neonatal mortality is estimated at 3.64%, the highest frequency was observed in case of vaginal delivery: 7.09% against 0.68% in case of cesarean delivery.
- Neonatal morbidity was represented by 11.02% of neonatal suffering and 0.02% of birth trauma in vaginal delivery.
- Maternal mortality was nil and morbidity was 2.7% for caesarean section and 2.36% in case of vaginal delivery.

ملخص

العنوان : الولادة بالمجيء المقعدي بمستشفى الولادة السويسي بالرباط بصدد 275 حالة

من طرف: بشيرة البقالي

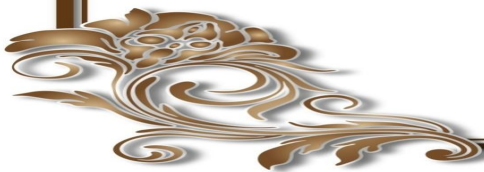
الكلمات الأساسية: المقعدي - ولادة - أسباب - تشخيص - تكهن.

المجيء المقعدي هو نوع من الولادة المحفوفة بالمخاطر نتائجها لا تزال غير مؤكدة والقيادة لا تزال موضوعا للمناقشة.

على ضوء هذه الدراسة الاستيعادية أجريت في مستشفى الولادة في الرباط السويسي I حوالي 275 مقعدا، على مدى فترة عام واحد من 1 يناير إلى 31 دجنبر 2010. بينا كيفيات الولادة في هذه الوضعية وطرق الكشف و التوقعات لمصير الأم والوليد في هذا النوع من الولادة من خلال دراسة معدلات الاعتلال والوفيات. نتائجنا هي كما يلي:

- المجيء المقعدي تمثل 3.71% من الولادات.
- شكلت الولادة المهبلية 46% من الولادات من بينها 73،23% ولادة عفوية و 26،77% ولادة بواسطة تدخل طبي ، في حين تم إجراء عملية قيصرية في 54% من الحالات
- بين الأمهات تحت 20 سنة، كان معدل وفيات ما حول الولادة أعلى وكان تكرار الولادة القيصرية يتناسب عكسيا مع عمر الأم.
- تم إجراء الجراحة القيصرية في 65،71% من الإبار و 38،10% من متعادات الولادة
- يقدر وفيات المواليد الجدد ب 3.64%، وقد لوحظ أعلى تردد في حالة الولادة الطبيعية 7.09% مقابل 0.68% في حالة الولادة القيصرية.
- ومثل اعتلال الأطفال حديثي الولادة ب 02،11% من معاناة الأطفال حديثي الولادة و 0.02% من صدمة الولادة في الولادة المهبلية.
- كان معدل وفيات الأمهات لا شيء وكان الاعتلال 2.7% في الولادة القيصرية و 2.36% في حالة الولادة المهبلية.

Bibliographie



- [1] **ABBASSI A.**
Accouchement en présentation du siège à l'hôpital provincial de Mèknes.
Thèse Méd., Casablanca, 2002, n°39.
- [2] **AISENBREY A.**
External cephalic version : Prediction of success.
Obstetrics and Gynecology, 1999, 94 (5); Part 1.
- [3] **Alarab M, Regan C, O'Connell M, Keane D, O'Herlihy C, Foley M.**
Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option.
Obstet Gynecol 2004; 103:407–12.
- [4] **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.
- [5] **Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF.**
Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term.
Obstet Gynecol. 2003 Sep; 102(3):477-82.
- [6] **American College of Obstetrics and Gynecology.**
External cephalic version.
The College, Washington (DC) (2000); Practice bulletin No. 13.

- [7] **ANDREAS HERBST, KARIN KÄLLEN**
Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 133 (2007) 25–29.
- [8] **Anon. Special problems of multiple gestations.**
Int J Gynecol Obstet 1999; 64:323–33.
- [9] **BAETA S., TETE K. V. SS., KOUDJOE K., NOUTSOUGAN Y. M.**
L'accouchement en présentation du siège au CHU de Lomé : Facteurs de létalité périnatale.
Journal de la SAGO, 2002 ; 1(1) : 18-22.
- [10] **Barlov 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.
- [11] **BASKETT TF, ALLEN VM, O'CONNELL CM, ALLEN AC.**
Fetal trauma in term pregnancy.
Am J Obstet Gynecol. 2007 Nov; 197(5):499 e1-7.
- [12] **BEN AISSIA N., YOUSSEF A., SAID M. C., GARA M. F.**
Présentation de siège : accouchement par voie basse ou césarienne systématique ? La Tunisie médicale -Vol. : 82- N°05, 2004.

[13] BENIFLA JL, VENDITELLI F, PONS JC.

Présentation du siège. In: Cabrol D, Pons JC, Goffinet F, editors.

Traité d'obstétrique. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2003. p. 821—36.

[14] BENNANI A.

Pronostic obstétrical et néonatal de la présentation de siège (à propos de 500 cas)

Thèse de doctorat en médecine, faculté de Fès 2008/88

[15] BERGER C.H.

Etude et réflexion sur la version par manœuvre externe. J. Gynécol. Obstét.

Biol. Reprod., 1991, 20:1123-11 30.

[16] BOUCHER M, BUJOLD E, MARQUETTE GP, VEZINA Y.

The relationship between amniotic fluid index and successful external cephalic version: a 14-year experience.

Am J Obstet Gynecol 2003; 189 (3): 751-4.

[17] BROCHE D, RIETHMULLER D, VIDAL C, SAUTIERE J, SCHAAL J, MAILLET R.

Pronostic obstétrical et néonatal d'une présentation podalique de mauvaise réputation : le siège complet.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005; 34:781–788.

- [18] **BROCHE D-E, MAILLET R, CURIE V, RAMANAH R, SCHAAL JP, RIETHMULLER D.**
Accouchement en présentation du siège.
EMC, Obstétrique. 2008; 5-049-L-40.
- [19] **BROCHE D.E.et al**
Présentation de siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (2008) 37,483-492
- [20] **BUAMBO BAMANGA S. F., P.MAKOUMBOU, P.OYERE MOKE,A. L. GNEKOUMOU, H. GOKANA, J. R. EKOOUNDZOLA, F. H. MAYANDA**
Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville.
Médecine d'Afrique Noire 2006-53 (5).
- [21] **CABALLERO F.**
Conduite lors de l'assistance de l'accouchement podalique.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1986, 81
- [22] **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.

- [23] **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.

- [24] **CARBONNE B, GOFFINET F, BREART G, FRYDMAN R, MARIA B, UZAN S, ET AL.**

The debate on breech presentation: delivery of breech presentations: the position of the National College of French Gynecologists.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001; 30:191–2.

- [25] **CARBONNE B.**

Hannah's term breech trial: for whom the bell tolls?

J. Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:677–8.

- [26] **CAUDERC F.**

Siège et prématurité.

Rev. Fr. Gynécol., 1978, 73 (1).

- [27] **CERIANI CERNADAS JM, MARIANI G, PARDO A, AGUIRRE A, PEREZ C, BRENER P, ET AL.**

Cesarean delivery at term in low risk pregnancies: effects on neonatal morbidity.

Arch Argent Pediatr. 2010 Feb; 108(1):17-23.

- [28] **Chauvin C, Raynal P, Soltane S, Panel P.**

Fetal injuries during cesarean: frequency, risk factors and prevention.

Gynecol Obstet Fertil. 2009 Apr; 37(4):321-4

- [29] **CIBILS L. A., KARRISON T., BROWN L.**
Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight foetus (<1500 grams) with a breech presentation. 1994 ; 171 : 35-42.
- [30] **CNGOF.**
Recommandations pour la pratique clinique: la césarienne.
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2000;29 (suppl 2).
- [31] **Collège national des gynécologues et obstétriciens français**
Recommandations pour la pratique clinique (2009). Les grossesses gémellaires
www.cngof.ass.fr/D_TELE/RPC%20GEMELLAIRE_2009.PDF
- [32] **COYLE ME, SMITH CA, PEAT B.**
Cephalic version by moxibustion for breech presentation.
Cochrane Database Syst Rev 2005 – article CD003928.
- [33] **D'ERCOLE C, BRETTELLE F, PIECHON L, SHOJAI R, BOUBLI L.**
La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ?
J Gynécol Obstet Biol Reprod, (2000); 29 (suppln°2): 51-67.
- [34] **DELOTTE .J, C. SCHUMACKER-BLAY, A. BAFGHI, P. LEHMANN, A. BONGAIN**
Information médicale et choix des patientes. Influences sur la pratique de l'accouchement du siège à terme par voie basse.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 747–750.

[35] DELOTTE J., TRASTOUR C., BAFGHI A.

Influence of mode of delivery in term breech presentation on the apgar score and transfert in neonatal care unit

Journal of gynecology obstetric and biologie of reproduction (2008) 37, 149-153

[36] DELOTTE J, BOUAZIZ J, VERGER S, BONGAIN A.

Césariennes. EMC, Techniques chirurgicales - Gynécologie. (2010);41-900.

[37] DENEUX-THARAUX C, CARMONA E, BOUVIER-COLLE MH, BREART G.

Post partum maternal mortality and cesarean delivery.

Obstet Gynecol. 2006 Sep; 108(3 Pt 1):541-8.

[38] DENIS A.T.

Le pronostic foetal en présentation de siège : évaluation d'un coefficient de risque. Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1976, 71 (5).

[39] D'ERCOLE

Accouchement du siège a terme : peut-on revenir en arrière ?

Gynovations 2004 Cannes-Mandelieu 13-17.

[40] DESCARGUES G.

Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée.

J. Gynécol Obstét Biol Reprod., 2001, 30 : 664-673.

[41] DUBOIS C. DUFOUR P.H.

Présentation du siège : conduite à tenir.

Contracep. Fertil. Sex., 1998, 26 (5) : 363-371.

[42] DUBOIS J.

Aspects actuels des problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège.

J. Gynécol Obstét Biol Reprod., 1981, 10 : 479-92.

[43] DUBOIS J., GRALL J.Y.

Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège.

Rev. Fr. Gynécol, 1990, 89 (5) : 336-341.

[44] DUBOIS J., GRALL J.Y.

Présentation du siège.

Encycl. Méd. Chir. Obstét, 1994 ,5 (049) : 1-40.

[45] ERKAYA S., TUNCER R.A

OutcomE of 1040 consécutive breech deliveries: Clinical expérience of a maternity hospital in Turkey. Intern.

J, Gynecol Obstet., 1997, 59:115-118.

[46] ESSOUTI N.

Pronostic de l'accouchement en présentation du siège au service de gynécologie obstétrique "B".

Thèse Méd., Casablanca, 2003, n°257.

- [47] **FARON G, VOKAER A.**
Determining factors for the success of external cephalic version: a retrospective study of 439 cases.
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2008 Sep; 37(5):493-8.
- [48] **FERNANDEZ P. Manoeuvre de Zavenelli**
Application à la rétention de la tête dernière au détroit supérieur.
J. Gynéc. Obstét. Biol Reprod. 1990, 19: 483-485.
- [49] **FISHMAN A, GRUBB DK, KOVACS BW.**
Vaginal delivery of the nonvertex second twin.
Am J Obstet Gynecol 1993; 168:861–4.
- [50] **G. Daskalakis, E. Anastasakis, N. Papantoniou, S. Mesogitis, N. Thomakos, A. Antsaklis**
Cesarean vs. Vaginal birth for term breech presentation in 2 different study periods. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 96, 162 166
- [51] **GLEZERMAN M.**
Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial.
Am J Obstet Gynecol 2006; 194:20–5.
- [52] **GOFFINET F, CARAYOL M, FOIDART JM, 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.

- [53] GOLFIER F, VAUDOYER F, ECOCHARD R, CHAMPION F, AUDRA P, RAUDRANT D.**

Planned vaginal delivery versus elective cesarean section in singleton term breech presentation: a study of 1116 cases.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 98:186-92.

- [54] GORBE E., CHASEN S., HARMATH A., PATKOS P., PAPP Z.**

Very low birth weight breech infants : short term outcome by method of delivery.

J.Maternal-foetal Medicine, May-Jun 1997, 6(3) : 155-8.

- [55] GREIG PC, VEILLE JC, MORGAN T, HENDERSEN L.**

The effect of presentation and mode of delivery on neonatal outcome in the second twin.

Am J Obstet Gynecol 1992;167:901-6.

- [56] HAHEIM L, ALBRECHTSEN S, BERGE L, BORDAHL P, EGELAND T, HENRIKSEN T, ET AL.**

Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team.

Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83:126-30.

- [57] HANNAH M.E., HANNAH W. J.**

Term breech trial. Lancet, 2001, 357.

- [58] HANNAH M.E., HANNAH W.J.**

Une politique de césarienne électorique lors d'une présentation par le siège : Pas de complication à moyen terme.

Actualité médicale, 2002, 26 Juin.

- [59] HannahME, 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 2000; 356:1375–83.

- [60] HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB.**

Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study.

BMJ. 2008 Jan 12;336(7635):85-7.

- [61] HAUTH J.C., GUINNINGHAM F.C.**

Vaginal breech delivery is still justified.

Obstetrics and Gynecology, 2002, 99 (6).

- [62] HOGLE K, KILBURN L, HEWSON S, GAFNI A, WALL R, HANNAH M.**

Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators.

J. Obstet Gynecol Can 2003; 25:14–6.

- [63] HOGLE KL, HUTTON EK, MC BRIEN KA, BARETT JFR, HANNAH ME.**

Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis.

Am J Obstet Gynecol 2003; 188:220–7.

- [64] **Horace Roman, Marion Carayol, Laurence Watier , Camille Le Ray**
Gérard Breart , François Goffinet.
Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term:
Prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery
during labor.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive
Biology (2007)
- [65] **HORWELL D., VARMA R.**
Managing term breech deliveries.
BMJ, 2002, 324 (49).
- [66] **HUTTON EK, HANNAH ME, ROSS SJ, DELISLE MF, CARSON
GD, WINDRIM R, ET AL.**
The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international
multicenter randomised controlled trial of timing of ECV for breech
pregnancies.
BJOG. 2011 Apr;118(5):564-77.
- [67] **KAYEM G, BAUMANN R, GOFFINET F, EL ABIAD S, VILLE Y,
CABROL D, ET AL.**
Early preterm breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery
associated with increased risk of neonatal death?
Am J Obstet Gynecol. 2008 Mar;198(3):289 e1-6.

[68] KHARBACH A.

L'accouchement en présentation de siège à la maternité souissi de rabat
durant l'année 2004

Thèse de doctorat en médecine, faculté de Rabat 2006/69

**[69] KRUPITZ H, ARTZ 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.

[70] LACOMME M, LE LORIER G.

Some elements of fetal prognosis in breech presentation indication for
surgery]

Rev Fr Gynecol Obstet. 1955 Nov-Dec;50(11-12):348-55.

**[71] LAGRANGE. E, M. AB DER HALDEN, S. UGHETTO, C. BODA
ET AL.**

Accouchement du siège par voie vaginale : évolution de l'acceptabilité
par les obstétriciens et les patientes.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 757–763

[72] LAVIN J. P. Jr., EATON J., HOPKINS M.

Teaching vaginal breech delivery and external cephalic version.A survey
of faculty attitudes.

J. Reprod. Med. 2000 ; 45 : 808-12.

- [73] **LISTON FA, ALLEN VM, O'CONNELL CM, JANGAARD KA.**
Neonatal outcomes with caesarean delivery at term.
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 May;93(3):F176-82.
- [74] **LIU S, LISTON RM, JOSEPH KS, HEAMAN M, SAUVE R, KRAMER MS.**
Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term.
CMAJ. 2007 Feb 13;176(4):455-60.
- [75] **LUCEREAU-BARBIER M., BOIS E., GABRIEL R.**
Accouchement des grossesses multiples.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-049-L-49, 2012.
- [76] **LUMLEY J.**
Method of delivery for the preterm infant.
BJOG 2003; 110:88–92.
- [77] **LURIE S, SADAN O, GOLAN A.**
Re-laparotomy after cesarean section.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007 Oct;134(2):184-7.

[78] M. BOUKERROU ET AL.

Modes of deliveries of twins as a function of their presentation. A study of 371 pregnancies

Gynecologie Obstetrique & Fertilité 39 (2011) 76–80

[79] MAILLET R, BEN AKLI K.

La présentation du siège singleton à terme : césarienne prophylactique versus voie basse acceptée à propos d'une série bisontine de 529 cas.

Pratique Obstétricale : Mise à jour, 2002.

[80] MAILLET R., SCHAAL

Accouchement en présentation du sièges : plaidoyer pour la voie basse.

14ème JTA en Gynécologie Obstétrique, Janvier 1999.

[81] Marie MONCOLLIN

Choix de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège : Évaluation des pratiques cliniques à la Maternité Régionale de Nancy en 2008

Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Nancy 2011

[82] MARPEAU L.

A propos du débat sur le siège : «L'épreuve de travail» sur siège.

J. Gynécol. Biol. Reprod., 2001, 30 : 193-195.

[83] MARTEL M, MACKINNON C, Clinical Practice Obstetrics

Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada.

Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth.

J. Obstet. Gynecol. Can 2005; 27:164–88.

[84] MEYE J. F.

Pronostic néonatal de l'accouchement par les voies naturelles du fœtus en présentation du siège à la maternité Joséphine Bongo de Libreville.
Cahier Santé 2003 ; 13 : 81-4.

[85] MOLKENBOER JF, BOUCKAERT PX, ROUMEN FJ.

Recent trends in breech delivery in the Netherlands.
Bjog 2003; 110:948–51.

[86] 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 randomized controlled trial.
BJOG 2007; 114:325–33.

[87] NIVEN P., KAUFMAN K.

Prévention : Planned cesarean delivery reduces early périnatal and neonatal complication for term breech présentation.
Can. J. Anesthesia, 2001, 48 : 114-116.

[88] PALLASMAA N, EKBLAD U, GISSLER M.

Severe maternal morbidity and the mode of delivery.
Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(6):662-8.

[89] PICAUD A., FAYE A., NLOME-NZE, et al.

Accouchement des présentations pelviennes : a propos de 561 cas en 3 ans.
Med. Afr. Noire 1989 ; 36 (8-9) : 670-5.

[90] PICAUD J.C., SALLE B.L.

L'accouchement en présentation du siège à terme : Point de vue du néonatalogue.

14ème JTA en Gynécologie Obstétrique PMA et Pédiatrie : Janvier 1999.

[91] PRESS JZ, KLEIN MC, KACZOROWSKI J, LISTON RM, VON DADELSZEN P.

Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence?

A systematic review. Birth. 2007 Sep;34(3):228-37.

[92] PUECH F.

La présentation du siège.

Pratique de l'accouchement : 1994 SIMEP, France.

[93] RACHIDI. R, FEKIH. M, MESSAOUD. L, BRAHIM .O

Le pronostic foetal de l'accouchement par le siège: étude statistique à propos de 543 cas.

Rev Fr Gynécol. obstet 1993; 884: 249-252

[94] RHEAULT C.H.

Une politique de césarienne élective lors d'une présentation par le siège pas de complications à moyen terme.

Actualité Médicale, 2002, 26 juin.

[95] RHRAB A.

La place de la césarienne dans l'accouchement du siège (à propos de 100 cas à la maternité souissi de Rabat)

Thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Rabat 2002/276

[96] R. KOHLER, R. SERINGE

La luxation congénitale de hanche. Les faits, les signes, les mots. État de l'art.

Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur (2008) 94, 217—227

[97] ROSENAU L, GROSIEUX P, DENIS A, LAHLOU N, FOURNIS H, LEBOUVIER B, ET AL.

Facteurs pronostiques dans l'accouchement du siège.

À propos de 357 singletons à terme.

Rev Fr Gynecol Obstet 1990;85:271-281.

[98] ROUX-CHEVALIER M, GAUCHERAND P, CLUZE C.

External cephalic version: 1 year study in a level 3 maternity.

Gynecol Obstet Fertil. 2011 Jun;39(6):346-50.

[99] RYDHSTROEM H.

Should all twins be delivered by caesarean section? A preliminary report.

Twin

Res 2001;156–8.

[100] SAMOUËLIAN V., SUBTIL D.

Accouchement par le siège en 2008 : le choix de la voie basse s'impose.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2008) 1329; No of Pages 3.

- [101] SCHUTTE J.M., STEEGERS E.A., SANTEMA J.G., SCHUITMAKER N.W., VAN ROOSMALEN.**

Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands.

Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2007; 86:240–3.

- [102] SIBONY O, TOUITOU S, LUTON D, OURY JF, BLOT P.**

Modes of delivery of first and second twins as a function of their presentation. Study of 614 consecutive patients from 1992 to 2000.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;126(2):180–5.

- [103] SIGNORE C, KLEBANOFF M.**

Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery.

Clin Perinatol. 2008 Jun;35(2):361-71,

- [104] SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE**

Vaginal Delivery of Breech Presentation

No. 226, June 2009 PRACTICE GUID

- [105] TOURE M.**

Accouchement en présentation de siège au CSREF CVI : pronostic foetal et mater nel

Thèse de doctorat en médecine , faculté de Bamako, MALI 2008/502

- [106] VADNAIS M, SACHS B.**

Maternal mortality with cesarean delivery: a literature review.

Semin Perinatol. 2006 Oct;30(5):242-6.

- [107] **VAN LOON AJ, MANTINGH A, SERLIER EK, KROON G, MOOYAART EL, HUISJES HJ.** Randomised controlled trial of magnetic resonance pelvimetry in breech presentation at term.
Lancet 1997;350:1799—804.
- [108] **VENDITTELLI F, RIVIERE O, PONS JC, LEMERY D, BERREBI A, MAMELLE N.**
Accouchement des grossesses gemellaires : enquete sur les politiques des maternites francaises.
Gynecol Obstet Fertil (2006);34(1):19–26.
- [109] **VENDITTELLI F., PONS J, LEMERY D, MAMELLE N.**
The Obstetricians of the AUDIPOG Sentinel Network. The term breech presentation: neonatal results and obstetric practices in France.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 125 (2006) 176–184.
- [110] **VENDITTELLI F., RIVIERE O.**
La présentation du siège à terme : Evolution des pratiques en France.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., (2002), 31 : 261- 272.
- [111] **VENDITTELLI F., RIVIERE O., CRENN-HEBERT C., ROZAN M.-A., MARIA B., JACQUETIN B.**
La présentation de siège à terme est-elle plus fréquente en cas d'utérus cicatriciel ?
Revue d'épidémiologie et de santé publique 56S (2008) S295-S332

- [112] VILLAR J, CARROLI G, ZAVALETA N, DONNER A, WOJDYLA D, FAUNDES A, ET AL.**

Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study.

BMJ. 2007 Nov 17;335(7628):1025.

- [113] WALKINSHAW S.A.**

Pelvimetry and breech delivery at term.

Lancet, 1997, 350.

- [114] Yves MATILLON.**

Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal.

ANAES, MARS 2002.

- [115] ZANARDO V, PADOVANI E, PITTINI C, DOGLIONI N, FERRANTE A, TREVISANUTO D.**

The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. J Pediatr. 2007 Mar;150(3):252-5.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأبأن أأحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأبأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأبأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأبأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأبأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأبأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأبأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأبأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

الولادة بالمهجيء المقعدي
بمستشفى الولادة السويسي بالرباط
بمعد 275 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : بشيرة البقالي
الولادة في: 03 مارس 1986 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: المقعدي - ولادة - أسباب - تشخيص - تكهن.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: امريس فرحاتي

مشرفة

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: سميرة خبوز

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: إبراهيم غراب

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: نجمة زرايدي

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيدة: أسماء مدغري علوي

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء