



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année 2013

Thèse N° 26

**Le pronostic de l'accouchement de la
présentation du siège chez la primipare, à
propos de 120 cas colligés au service de
Gynécologie Obstétrique B au CHU
Mohammed VI – Marrakech.**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... /.../2013

PAR

Mr. Omar BOUAALLOUCHA

Née le 09/06/1986 à Tiznit

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Primipare – Présentation du siège – Voie basse – Morbidité – Mortalité

JURY

Mr. H. ASMOUKI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENT

Mr. A. SOUMMANI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

RAPPORTEUR

Mr. A. BOULFALAH

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. A. EL ADIB

Professeur agrégé d'Anesthésie-Réanimation

Mr. M. BOURROUS

Professeur agrégé de Pédiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي

أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل

صالحاً ترضاه وأطع لبي في ذريّتي

إنّي تبت إليك وإنّي من المسلمين"

صدق الله العظيم.



Au moment d'être admise 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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.





LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen à la recherche

: Pr. Badia BELAABIDIA

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Ag Zakaria DAHAMI

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie

ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
AMAL	Said	Dermatologie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
ASRI	Fatima	Psychiatrie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHABAA	Laila	Biochimie
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANSOURI	Nadia	stomatologie et chirurgie maxillo faciale
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie

NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS AGREGES

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
ARSALANE	Lamiae	Microbiologie- Virologie (Militaire)
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique (Militaire)
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie (Militaire)
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DAHAMI	Zakaria	Urologie

EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie (Militaire)
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie (Militaire)
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI	Imad	Traumatologie-orthopédie B
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie - réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
ADALI	Imane	Psychiatrie
ADALI	Nawal	Neurologie

AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AISSAOUI	Younes	Anésthésie Reanimation (Militaire)
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique A
AIT ESSI	Fouad	Traumatologie-orthopédie B
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique (Militaire)
ALJ	Soumaya	Radiologie
AMRO	Lamyae	Pneumo - phtisiologie
ANIBA	Khalid	Neurochirurgie
BAIZRI	Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques (Militaire)
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELBARAKA	Rhizlane	Oncologie Médicale
BELKHOU	Ahlam	Rhumatologie
BEN DRISS	Laila	Cardiologie (Militaire)
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie (Militaire)
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B

BOURRAHOUAT	Aicha	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
DAROUASSI	Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie (Militaire)
DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
EL AMRANI	Moulay Driss	Anatomie
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale (Militaire)
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL IDRISSI SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL KHADER	Ahmed	Chirurgie Générale (Militaire)
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie – pathologique
EL MEHDI	Atmane	Radiologie (Militaire)
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie
FADILI	Wafaa	Néphrologie

FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique A
FAKHIR	Anass	Histologie -embryologie cytogénétique
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique B
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne (Militaire)
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICH	Mohamed Amine	Urologie
LAKOUICHMI	Mohammed	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie (Militaire)
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MARGAD	Omar	Traumatologie – Orthopédie B
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire
MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie - Réanimation

MOUFID	Kamal	Urologie (Militaire)
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
OUBAHA	Sofia	Physiologie
OUEIAGLI NABIH	Fadoua	Psychiatrie (Militaire)
QACIF	Hassan	Médecine Interne (Militaire)
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation (Militaire)
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie A
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation



DEDICACES

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The word "DEDICACES" is written in a stylized, bold, serif font with a slight shadow effect, centered within the frame. The frame has a double-line border and features decorative elements at the top and bottom center, as well as at the corners.

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que



Je dédie cette Thèse. . . .

A MON ADORABLE MERE,

Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton coeur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour...

A MON TRÈS CHÈRE PERE,

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

***A MES TRÈS CHÈRES SOEURS FATIHA, FADMA, SAADIA,
JAMILA ET MARIAM***

***A MES ADORABLES NEVEUX OUALID, MOUHAMED, AIMAN, ZAKARIA
ET ADAM***

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PERES

Puisse Dieu, tout puissant, vous accorder sa clémence, sa miséricorde et de vous accueillir dans son saint paradis...

*A MES GRANDES MÈRES
A MES ONCLES ET LEURS ÉPOUSES,
A MES TANTES ET LEURS ÉPOUX,
A TOUS MES COUSINS ET COUSINES,*

*A toute la famille JABRI, à la famille AIT TAHER et à la
famille MOUSAID
A nos voisins la famille MIMI, la famille AMHAL et la famille
LOTFY*

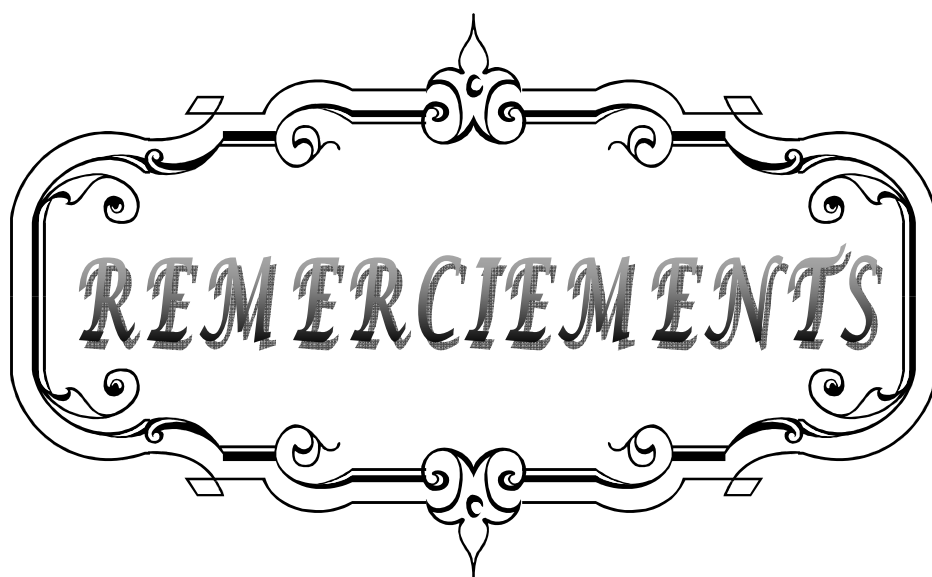
*A TOUTE MA FAMILLE
Avec toute mon affection*

*A mon Cher ami et frère Mouhamed ID'NAINE et à tous mes
très chers amis et collègues.*

*A mon cher enseignant Mouhamed ESSASSI et à tous mes
chers enseignants et collègues depuis l'école Jabir Ben Hayan à
Boutzlaft-Tiznit, l'école Agdal et Lycée Al Massira Al Khadra
à Massa et la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech.*

*A mon cher ami Hassan BAYAZID et tous mes chers frère et
sœurs dans la famille associative spécialement aux
Associations « Lueur d'Espoir ».*

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

A decorative, ornate frame with a central focus on the word "REMERCIEMENTS". The frame is composed of two horizontal bars with intricate scrollwork and flourishes extending from the ends. The word "REMERCIEMENTS" is written in a bold, serif, all-caps font, centered within the frame. The overall style is classic and elegant, typical of a formal document or book's title page.

REMERCIEMENTS

A
NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
PROFESSEUR ABDERRAOUF SOUMMANI

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail.
Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois.
Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :
PROFESSEUR HAMID ASMOUKI

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :
PROFESSEUR ABDERRAHIM ABOULFALAH

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.

Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :
PROFESSEUR AHMED GHASSANE EL ADIB

Veuillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :
PROFESSEUR MONIR BOURROUS

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

A Pr. Lahcen BOUKHANNI, Professeur assistant au service de gynécologie obstétrique CHU Mohammed VI de Marrakech

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'un grand apport. Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

A tout le Personnel médical et paramédical du service de gynécologie obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech,

Je vous remercie vivement de l'accueil chaleureux, et de l'aide précieuse que vous m'avez réservée à chaque fois.

A tout le Personnel médical et paramédical du service d'Epidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech,

Je vous remercie vivement de votre soutien, et de l'aide précieuse que vous m'avez réservée pour bien mener cette étude scientifique.

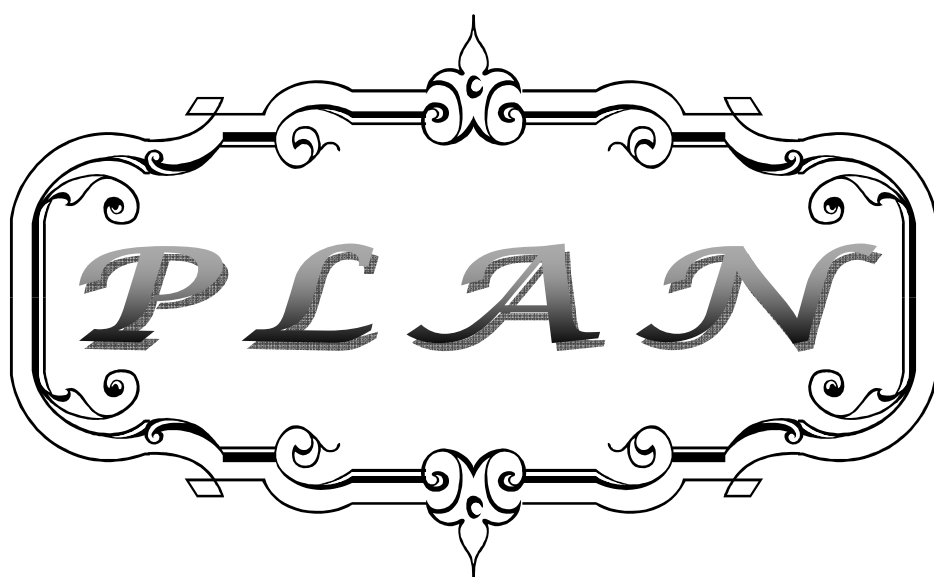
Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.



ACRONYMES

A decorative, ornate frame with intricate scrollwork and flourishes. The word "ACRONYMES" is written in a stylized, serif font within the frame.

ATCD	:	Antécédents
BCF	:	Battements cardiaques fœtaux
CP	:	césarienne prophylactique
DRNN	:	Détresse respiratoire néonatale
MFIU	:	Mort fœtale in utéro
NNé	:	Nouveau-né
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
RCF	:	Rythme cardiaque fœtal
RCIU	:	Retard de croissance in utéro
RCU	:	Radio du contenu utérin
RPM	:	Rupture prématurée de membranes
RTD	:	Rétention de la tête dernière
SA	:	Semaine d'aménorrhée
SFA	:	Souffrance fœtale aigue
SNN	:	Souffrance néonatale
TV	:	Toucher vaginal
VH	:	Voie haute



INTRODUCTION	1
PATIENTES ET METHODES	4
I. PATIENTES	5
II. METHODES	5
RESULTATS	8
I. RESULTATS GLOBAUX	9
1. FREQUENC	9
2. AGE MATERNEL	9
3. GESTITE	9
4. ANTECEDENTS	10
II. LA GROSSESSE ACTUELLE	10
1. SUIVI DE LA GROSSESSE	10
2. LIEU DU SUIVI DE LA GROSSESSE	10
3. INCIDENTS AU COURS DU SUIVI DE LA GROSSESSE	10
4. AGE GESTATIONNEL	11
III. EXAMENS A L'ADMISSION	12
1. DATE D'ADMISSION	12
2. EXAMEN GENERAL	12
3. EXAMEN OBSTETRICAL	13
IV. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	16
1. ECHOGRAPHIE OBSTETRICAL	16
2. RADIOGRAPHIE DU CONTENU UTERIN	18
3. ECHOGRAPHIE OBSTETRICAL X RADIO DU CONTENU UTERIN	19
4. SCANOPELVIMETRIE	19
5. ERCF	19
6. EXAMENS BIOLOGIQUES	19
V. MODE D'ACCOUCHEMENT	19
1. DATE DE L'ACCOUCHEMENT	20
2. DELAI DE L'ACCOUCHEMENT(EN h)	20
3. INDICATION DE LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE	21
4. ACCEPTATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	21
5. ANOMALIES DU TRAVAIL ET CESARIENNE SECONDAIRE	22
VI. PRONOSTIC	23

1. L'ETAT DU NOUVEAU NE	23
2. PRONOSTIC MATERNEL	25
DISCUSSION	27
I.RESULTATS GLOBAUX	28
1. FREQUENCE	28
2. AGE MATERNEL	28
3. ATCD	29
II.FACTEURS FAVORISANTS.....	29
1. FACTEURS MATERNELS	29
2. FACTEURS FŒTAUX	32
3. FACTEURS ANNEXIELS	33
III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES	35
1. ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE	35
2. RADIOGRAPHIE DU CONTENU UTERIN (RCU)	35
3. RADIOPELVIMETRIE – SCANOPELVIMETRIE	36
4. ERCF	37
IV.CONDUITE A TENIR	38
1. ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	38
2. ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE	49
V.PRONOSTIC MATERNO FŒTAL	52
1. MORTALITE PERINATALE	52
2. MORBIDITE PERINATALE	53
3. MORTALITE MATERNELLE.....	55
4. MORBIDITE MATERNELLE	55
CONCLUSION	57
RESUMES.....	59
ANNEXES	63
BIBLIOGRAPHIE	68



INTRODUCTION

La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale dont le mobile fœtal se présente au détroit supérieur par son extrémité pelvienne (le pôle podalique) alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin, elle représente la position intra-utérine naturelle du mobile fœtal pendant la grossesse. Durant le troisième trimestre, la présentation du siège se transforme en présentation céphalique par un mouvement de rotation. Des facteurs maternels, fœtaux et annexiels peuvent empêcher ce mouvement. Cette présentation concerne environ 3% des grossesses mono fœtales à terme.

L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui déclenchait plusieurs débats et discussions entre les obstétriciens, particulièrement chez la primipare. Il nécessite en effet une maîtrise de la technique obstétricale et un recours quasi systématique aux manœuvres, ce qui exprime bien son caractère potentiellement « dystocique ». Plusieurs points apparaissent comme capitaux dans ces débats :

- Le premier point réside dans la publication de plusieurs études dont les conclusions peuvent faire penser que le pronostic materno-foetal est en faveur d'une césarienne systématique en cas de présentation du siège [1].
- Le second point réside dans la pression médico-légale ressentie par les obstétriciens.
- Le troisième point, issue des deux premiers, est la diminution de l'apprentissage des gestes de l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation du siège.

L'accouchement en présentation du siège reste et restera une réalité de nos salles d'accouchement par voie basse en assurant au mieux un bon pronostic maternofoetal.

Classiquement la primiparité est grevée d'un pronostic défavorable et considérée comme un facteur de risque.

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

L'accouchement en présentation de siège chez la primipare a toujours la réputation de s'accompagner d'une mortalité et d'une morbidité élevée ce qui incite certains auteurs à pratiquer une césarienne prophylactique pour garantir une naissance atraumatique pour le nouveau-né et une morbidité maternelle réduite.

Notre travail a été élaboré dans l'objectif d'étudier le pronostic de l'accouchement de siège chez la primipare et d'analyser l'expérience de la Maternité du CHU Med VI à Marrakech.

Le recueil des données a été limité par le non suivi des patientes à la sortie de l'hôpital après 24h pour les femmes accouchées par voie basse sans complications et après 72h pour les femmes césarisées.



I. PATIENTES

Nous rapportons dans ce travail le résultat d'une étude rétrospective portant sur 120 cas et concernant tous les accouchements en présentation de siège chez la primipare sur un total de 10151 accouchements durant la période comprise entre le 1er janvier 2009 et 31 Décembre 2010 réalisée au sein du service de gynécologie obstétrique B de la maternité du CHU Mohammed VI à Marrakech dont l'objectif est d'évaluer le pronostic de l'accouchement en présentation du siège chez la primipare en fonction du mode d'accouchement.

Pour avoir un groupe d'étude homogène nous avons pris comme critères d'inclusion :

- La primiparité ;
- la présentation du siège monofœtale ;

Et comme critères d'exclusion :

- La multiparité ;
- Les autres présentations que le siège ;
- La grossesse multiple ;
- L'utérus cicatriciel ;
- Les malformations fœtales majeures ou les poly-malformatifs ;
- Les morts fœtales in utero.

La majorité de nos parturientes n'ont pas été suivies au cours de leur grossesse et sont arrivées à la Maternité au cours du travail. La présentation du siège a été diagnostiquée cliniquement par le toucher vaginal (TV) et parfois par la radiographie du contenu utérin.

II. METHODES

La collecte des données s'est basée sur une fiche d'exploitation préétablie (Annexe I) englobant toutes les données des archives du service de gynécologie obstétrique B, et des

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

registres de la salle d'accouchement, du bloc opératoire ainsi que les dossiers du service de néonatalogie:

- Les données épidémiologiques et sociodémographiques
- Les données cliniques
- Les données radiologiques
- Les données thérapeutiques
- Les données des suites des couches et du service de Néonatalogie

Notre étude porte essentiellement sur l'étude du pronostic néonatal et maternel déterminé par la mortalité et la morbidité, pour cela on définit :

- Pronostic néonatal:
 - La mortalité néonatale :
 - La morbidité néonatale est liée aux traumatismes obstétricaux et la souffrance néonatale :
 - ♦ La souffrance néonatale est déterminée grâce au score d'Apgar à la 1ère et 5ème minute, ainsi nous parlons de souffrance néonatale lorsque le score d'Apgar est inférieur à 7 après 5 min de réanimation et nécessitant une prise en charge en unité de soins intensifs néonatalogiques.
- Pronostic maternel :
 - La mortalité maternelle correspond aux décès maternels liés à l'accouchement par le siège.
 - La morbidité maternelle liée aux complications secondaires à l'accouchement par le siège qu'il soit par voie basse (lésions des parties molles) ou par voie haute (complications infectieuses, hémorragiques et traumatiques)

La saisie des données a été faite sur le logiciel SPSS version 10.0 au laboratoire d'épidémiologie médicale de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, université CADI AYAD.

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

Nos résultats sont exprimés en fréquence, moyenne et écart type et l'analyse comparative des résultats est faite à l'aide du test statistique « chi deux et test exact de Fisher » qui permet de calculer ' p ' ou degré de signification de la différence entre deux groupes selon un critère choisi.

Le non suivi de la majorité des femmes enceintes constitue la contrainte la plus importante qui empiète sur la qualité et de la quantité des données anamnestiques, cliniques et paracliniques recueillies à l'admission des patientes. D'autre part, caractère rétrospectif de notre recherche et l'absence du compte rendu des manœuvres obstétricales amènent au manque des informations suffisantes dans les dossiers des patientes. En deuxième lieu, le facteur organisationnel, lié aux moyens disponibles et de la capacité de la maternité du CHU, intervient à son tour et limite le recueil des données du suivi des parturientes et des nouveau-nés après l'accouchement, vu que la durée d'hospitalisation après l'accouchement par voie basse ne dépasse pas 24h et 72h après une césarienne.



RESULTATS

I. RESULTATS GLOBAUX

1. FREQUENCE

Entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2010, nous avons enregistré 10151 accouchements dont 120 grossesses monofœtales en présentation du siège chez des primipares, soit une fréquence de 1,18 %.

2. AGE MATERNEL

La majorité de nos parturientes ont un âge compris entre 18 et 30 ans avec des extrêmes de 17 et 47 ans, l'âge moyenne est de 24 ans.

Tableau n° 1: la fréquence de la présentation du siège chez la primipare en fonction de l'âge maternel

Age	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 18	5	4,2%
[18 ; 21[	33	27,5%
[21 ; 26[	36	30,0%
[26 ; 31[	33	27,5%
[31 ; 36[	7	5,8%
[36 ; 40[	4	3,3%
40 et plus	2	1,7%
TOTAL	120	100%

3. GESTITE

Seulement 4 parturientes ont l'antécédent de 2 gestes, ces 4 parturientes ont comme premier geste un avortement spontané.

4. ANTECEDENTS

Tableau n° II: la fréquence des antécédents

ATCD		Effectif	Pourcentage (%)
Médicaux	Diabète familial	02	1,7%
	Allergie à la pénicilline	01	0,8%
	Epilepsie sous Dépakine®	01	0,8%
Gynécologiques	Stérilité primaire (grossesse induite)	01	0,8%
Chirurgicaux	Goitre opéré	01	0,8%
	Hernie ombilicale opérée	01	0,8%

I. LA GROSSESSE ACTUELLE :

1. SUIVI DE LA GROSSESSE

72,5% de nos parturientes n'ont pas accès au suivi de leurs grossesses.

2. LIEU DU SUIVI DE LA GROSSESSE

Parmi les 33 parturientes ayant un suivi médical de leurs grossesses, la majorité 69,7% effectuent leur suivi chez la sage-femme infirmière.

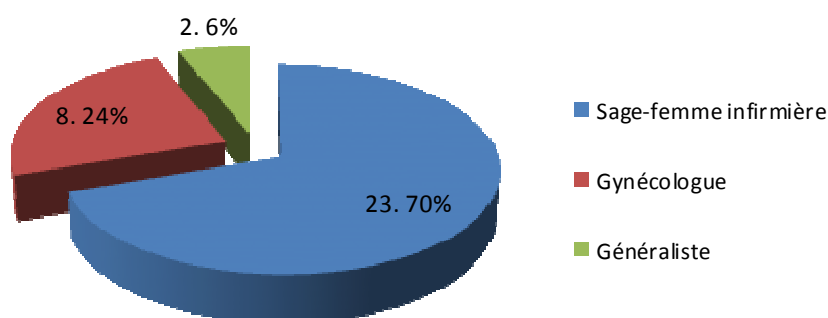


Figure n°I: Répartition des parturientes selon le lieu du suivi

3. INCIDENTS AU COURS DU SUIVI DE LA GROSSESSE

5 cas d'anamnèse infectieuse positive et 6 cas d'anémie ont été rapportés, ce chiffre doit être interprété tout en prenant en considération le non suivi de la majorité de nos parturientes.

4. AGE GESTATIONNEL

La prématurité a concerné 8 cas, soit une fréquence de 6,7%, la moyenne de l'âge gestationnel est de 37,86 SA, la majorité de nos parturientes (61,7%) se sont présentées entre 37 et 39 SA.

Tableau n°II: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 28	2	1,7%
[28 ; 34[	3	2,5%
[34 ; 37[	3	2,5%
[37 ; 39[	74	61,7%
[39 ; 42]	37	30,8%
plus de 42	1	0,8%
TOTAL	120	100%

II. EXAMENS A L'ADMISSION

1. DATE D'ADMISSION

67 parturientes ont été admises à la garde de nuit (20h-8h).

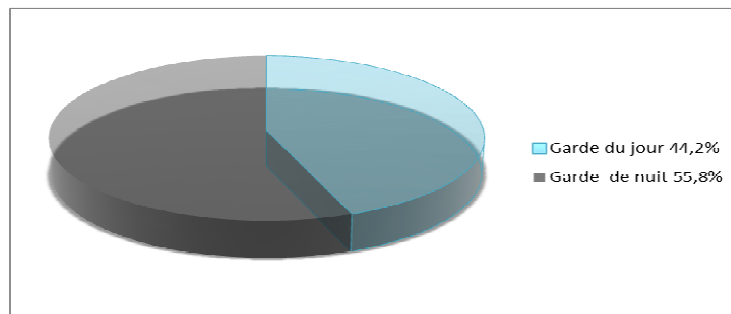


Figure n° II: les admissions accouchées par voie basse selon l'heure d'admission

2. EXAMEN GENERAL

2-1. La tension artérielle

Tableau n°III : Répartition des parturientes selon leur tension artérielle

La tension artérielle	Effectif	Pourcentage (%)
TA normale	100	88,5%
Préclampsie	08	7,1%
Préclampsie sévère	05	4,4%
TOTAL	113	100%

Sur 113 parturientes, 13 ont présenté une prééclampsie à l'admission, dont 5 ont une prééclampsie sévère, cette variable n'as pas été précisée chez 7 patientes.

2-2. La température

Sur 120 parturientes, 7 ont présenté une température supérieure ou égale à 38°C.

2-3. La taille maternelle

La taille maternelle moyenne était de 159 cm avec des extrêmes de 137 cm et de 171 cm, 3,6% de nos parturientes avaient une taille moins de 150 cm.

2-4. L'Indice de la Masse Corporelle

L'IMC maternel moyen était de 28,67 avec des extrêmes de 20 et 44. 63,6% de nos parturientes avaient un IMC moins de 30.

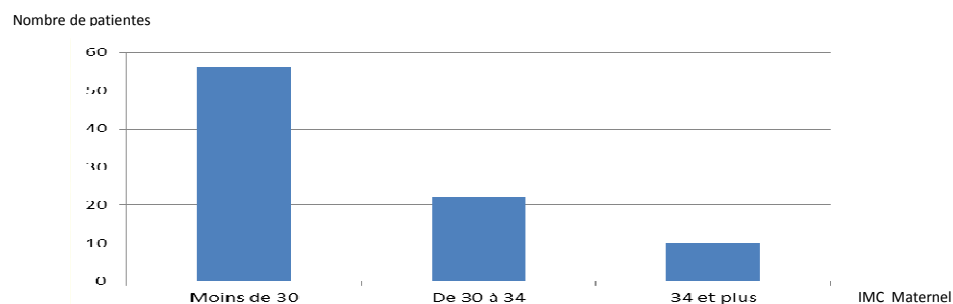


Figure n° III : L'IMC maternel

3. EXAMEN OBSTETRICAL

3-1. La hauteur utérine

6 cas de hauteur utérine excessive ont été signalés, ce qui présente 5,4% des cas. 46% des parturientes avait une hauteur utérine comprise entre 30 et 34cm, 48,6% avait une HU moins de 30cm, la moyenne est de 30cm.

Tableau n°IV : Hauteur utérine

HU	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 30	54	48,6%
[30 ; 34]	51	46%
35 et plus	6	5,4%
TOTAL	111	100%

3-2. Battements du cœur fœtal (BCF)

La fréquence cardiaque fœtale normale est comprise entre 120 et 160 battements par minute (bpm), à partir de 160 bpm, on parle de la tachycardie fœtale, et au-dessous de 120bpm, on parle de la bradycardie fœtale.

Dans 95,8% les BCF sont normaux, un seul cas de bradycardie et quatre cas de tachycardie fœtale sont rapportés, la moyenne est de 142 battement par minute.

Tableau n°V: BCF

BCF	Effectif	Pourcentage (%)
Bradycardie	1	0,8%
BCF normaux	115	95,8%
Tachycardie	4	3,3%
TOTAL	120	100%

3-3. L'état des membranes

Nous avons retenu :

- Rupture prématurée : Une rupture des membranes avant tout début de travail.
- Rupture précoce : Une rupture des membranes avant la dilatation complète.
- Rupture intempestive : Une rupture des membranes à dilatation complète.

Nos parturientes ont été reçues avec des membranes intactes dans 50% des cas.

Dans les 50% des parturientes ayant des membranes rompues, 96% d'entre elles ont été admises dans un délai de moins de 12h.

Le délai minimal est d'une heure et le délai maximal est de 72h, la moyenne est de 6h30.

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

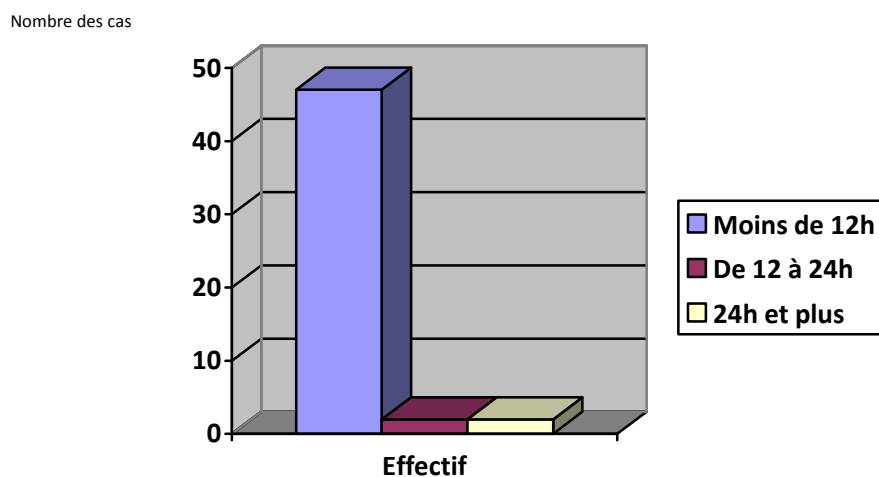


Figure n°IV: le délai de la rupture des membranes en heures

3-4. Le liquide amniotique

Chez les femmes admises avec des membranes rompues, le liquide amniotique est clair dans 58,3%, teinté dans 29,1% et méconial dans 12,7%.

Tableau n° VI: la qualité du liquide amniotique

LA	Effectif	Pourcentage (%)
Claire	32	58,3%
Teinté	16	29,1%
Méconial	7	12,7%
TOTAL	55	100%

3-5. Le bassin

Sur 120 cas, 110 (91,7%) de nos parturientes ont un bassin cliniquement normal et 3 (2,5%) cas seulement ont un bassin suspect, les autres cas: 7 (5,8%) cas sont admises siège à la vulve.

3-6. La dilatation

29,2% de nos parturientes ont été admises en dehors du travail, sur les 85 admises en travail, 37 parturientes ont été admises en phase de latence, 48 en phase active dont 18 à dilatation complète.

Tableau n° VI: la répartition des parturientes selon la dilatation à l'admission

Dilatation	Effectif	Pourcentage (%)
En dehors du travail	35	29,2%
Phase de latence	37	30,8%
Phase active	48	40,0%
TOTAL	120	100%

3-7. Le type du siège

Parmi les 120 cas des présentations du siège étudiées, nous avons noté 65,8% de siège décomplété contre 34,2% de siège complet.

Tableau n° VII: Répartition selon le type de siège

Type siège	Effectif	Pourcentage (%)
Complet	41	34,2%
Décomplété	79	65,8%
TOTAL	120	100%

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

L'échographie représente l'examen complémentaire le plus pratiqué. Elle a été réalisée chez 79 de nos parturientes soit une fréquence de 65,8%. Cet examen a permis d'établir le pronostic de l'accouchement.

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

1-1. EPF(g)

A l'examen échographique, le poids fœtal moyen est de 3148 g avec un minimum de 1000 g et un maximum de 4657g, dans 87,3% le poids fœtal est compris entre 2500g et 4000g alors que 4 (5,6%) cas d'hypotrophie et 5 (7%) cas de macrosomie seulement ont été rapportés.

Tableau n° IX: l'EPF à l'échographie

EPF(g)	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 2500	4	5,6%
[2500;3800[	60	84,5%
[3800;4000[	2	2,8%
4000 et plus	5	7%
TOTAL	71	100%

1-2. Le diamètre bipariétal: BIP (mm)

A l'examen Echographique, le BIP moyen est de 93,18 mm avec un minimum de 68 mm et un maximum de 102 mm, dont 20 (28,1%) cas de BIP supérieur à 96 mm.

Tableau n° X: le BIP à l'échographie

BIP (mm)	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 96	51	71,8%
[96;100[	16	22,5%
100 et plus	4	5,6%
TOTAL	71	100%

1-3. Quantité LA

Sur le 79 Echographies faites, dans 35 (55,5%) cas le liquide amniotique est de quantité normale, seulement 3 (4,8%) cas d'hydramnios sont rapportés et 25 (39,7%) cas d'oligamnios dont 24 cas sur membrane amniotique rompue.

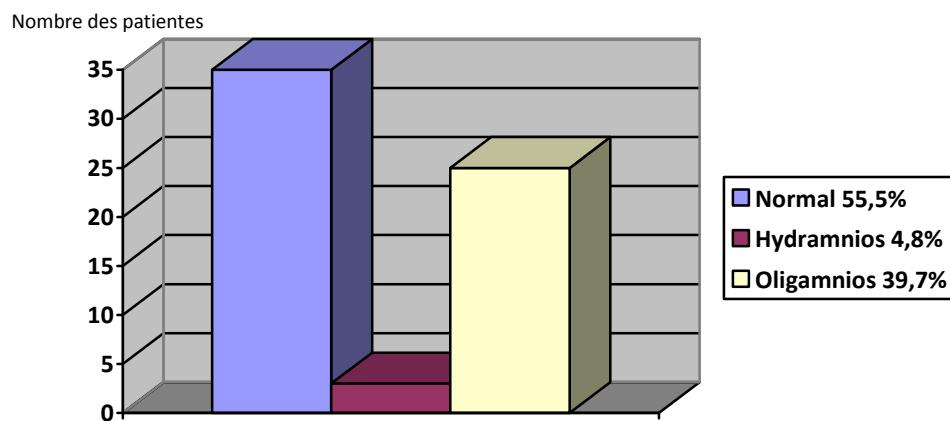


Figure n° V: la quantité du liquide amniotique à l'échographie

1-4. La déflexion de la tête fœtale :

Sur le 79 Echographies faites, aucune précision du degré de la flexion de la tête fœtale n'a été documentée.

2. RADIOGRAPHIE DU CONTENU UTERIN

71 de nos parturientes ont bénéficié d'une radiographie du contenu utérin (RCU) soit une fréquence de 59,2%.

Tableau n° XI: l'attitude de la tête fœtale à l'échographie

Flexion de la tête RCU	Effectif	Pourcentage (%)
Médiane	21	29,6%
Fléchie	31	43,7%
Défléchie	19	26,8%
TOTAL	71	100%

3. Echo obstétricale x RCU

Tableau n° XII: l'exploration écho-radiologique à l'admission

Echo obstétricale/RCU		Radiographie du contenu utérin		TOTAL
		Faite	Non faite	
Echographie	Faite	63,3% (50)	36,7% (29)	100% (79)
	Non faite	51,2% (21)	48,8% (20)	100% (41)
TOTAL		59,2% (71)	40,8% (49)	100% (120)

4. SCANOPELVIMETRIE

Aucune patiente dans notre série n'a bénéficié de la scanopelvimétrie.

5. ERCF

Sur 120 parturientes, 91 ont bénéficié de l'ERCF, 4 cas de souffrance fœtale aigue ont été enregistrés.

6. Examens biologiques

L'examen biologique le plus demandé est la CRP, demandée chez 23 parturientes dont 5 sont normales (<6 mg/l) et 18 positives.

IV. MODE D'ACCOUCHEMENT

Dans notre série 71 (59,2%) accouchements ont été fait par voie basse et 49 (40,8%) accouchements par césarienne dont 43 (35,8%) césariennes prophylactiques et 6 (5%) par césarienne secondaire.

1. DATE DE L'ACCOUCHEMENT

61 accouchements ont été effectués la nuit (50,8%), le taux des césariennes était de 36,1% la nuit et de 45,8% le jour.

Tableau n° XIII: la voie d'accouchement selon le mode de garde (jour ou nuit)

	Césarienne	Voie basse	Total
Garde du jour	45,8%(27)	54,2%(32)	49,2%(59)
Garde de nuit	36,1%(22)	63,9%(39)	50,8%(61)
TOTAL	40,8%(49)	59,2%(71)	100,0%(120)

2. DELAI D'ACCOUCHEMENT (EN h)

60% de nos parturientes ont accouché dans un délai inférieur à 6h et seulement 17,5% ont dépassé un délai de 12h avec une moyenne de 7h, un minimum de 20min et un maximum 51h.

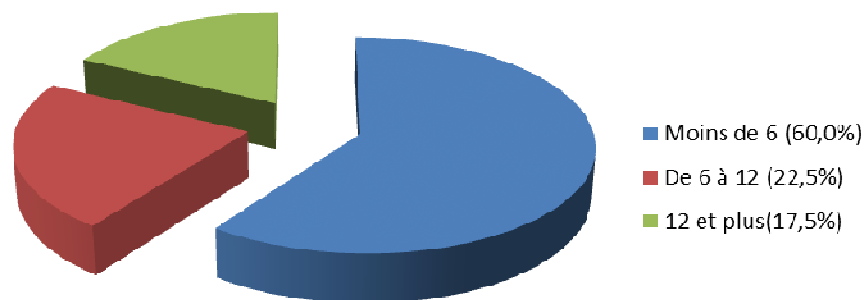


Figure n° VI : Délai d'accouchement en heures

3. INDICATIONS DE LA CESARIENNE PROPHYLACTIQUE

La césarienne prophylactique a été indiquée dans 85,83% des cas, les causes fœtales en ont constitué la cause majeure avec prédominance de la déflexion de la tête.

Tableau n° XIV: les indications de la césarienne prophylactique

Décision de césarienne d'emblée (étiologies)		Effectif	
Fœtales	79,1%	Déflexion de la tête	20
		Macrosomie	10
		Dépassement du terme	2
		SFA	2
funiculaires	11,6%	RPM	3
		Pré éclampsie	1
		LA teinté + RPM	1
Maternelles	9,3%	Petite taille	2
		Bassin rétréci / suspect	1
		Stérilité primaire	1
TOTAL		43	

4. ACCEPTATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

Nous avons accepté l'accouchement par voie basse chez 77 parturientes dans des conditions où :

- La tête est bien fléchie ;
- Le bassin est cliniquement normal (2 examinateurs) ;
- L'estimation du poids fœtal est inférieure à 3800g ;
- La dilatation est harmonieuse avec perfusion de Syntocinon pour renforcer la dynamique utérine à partir d'une dilatation de 3cm.

4-1. Le travail

Sur 77 cas d'acceptation d'accouchement par voie basse, 8 (10,4%) parturientes ont été déclenchées, 6 (9,1%) cas de tentative d'accouchement par VB ont été secondairement césarisés.

4-2. L'épisiotomie

L'épisiotomie était pratiquée dans 57 cas, soit une fréquence de 80,3%.

4-3. Les manœuvres obstétricales

La manœuvre obstétricale la plus pratiquée est Lovset plus Bracht dans 47,9% des cas, suivie de la manœuvre de Vermelin dans 26,8 % des cas, le Forceps est pratiqué sur les 4 retentions de la tête dernière.

Tableau n° XV: les manœuvres obstétricales pratiquées

Manœuvre obstétricale	Effectif	Pourcentage (%)
Vermelin	19	26,8%
Lovset + Bracht	34	47,9%
Bracht	3	4,2%
Lovset + Bracht + Mauriceau	10	14,1%
Lovset + Mauriceau	1	1,4%
Forceps sur TD	4	5,6%
TOTAL	71	100%

4-4. Les complications

Sur 71 accouchements par voie basse, 4 cas ont été compliqués par la rétention de la tête dernière dont 2 ont décédé à la salle d'accouchement et le 3^{ème} hospitalisé en néonatalogie pour souffrance néonatale sévère puis décédé le deuxième jour de vie pour désordre hydro électrolytique, le 4^{ème} cas est né sans souffrance et il a bien évolué.

4-5. La délivrance

Dans 95,8% des cas, la délivrance est naturelle, seulement un cas de délivrance dirigée et deux cas de délivrance artificielle ont été rapportés.

5. Anomalies du travail et césarienne secondaire

Sur 71 tentatives d'accouchement par voie basses, 6 ont été passées à la césarienne secondaire dont 3 suite à une stagnation de dilatation.

Tableau n° XVI: les indications de la césarienne secondaire

Type d'anomalie du travail	Effectif	Pourcentage (%)
Souffrance	1	16,7%
Dystocie de démarrage	1	16,7%
Stagnation de dilatation	3	50,0%
Stagnation de dilatation + souffrance	1	16,7%
TOTAL	6	100%

V. PRONOSTIC

1. L'ETAT DU NOUVEAU NE

1-1. Le sexe

Sur 120 accouchements, 54,2% (65) des nouveau-nés sont de sexe féminin et 45,8% (55) sont de sexe masculin.

1-2. Le poids de naissance

Dans notre série 88,3% des nouveau-nés en présentation du siège avaient un poids normal, la macrosomie représentait 3,3% des cas, l'hypotrophie fœtale est de fréquence de 8,3%.

Le poids minimal est de 1120g et le poids maximal est de 4600g avec une moyenne de 3120g.

Tableau n° XVII: Répartition selon le poids de naissance

Poids de naissance	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 1500	1	0,8%
De 1500 à 2500	9	7,5%
De 2500 à 4000	106	88,3%
4000 et plus	4	3,3%
TOTAL	120	100%

1-3. Appgar à la naissance

On a assisté à 6 cas de souffrance néonatale sévère, ce qui présente 5% des cas.

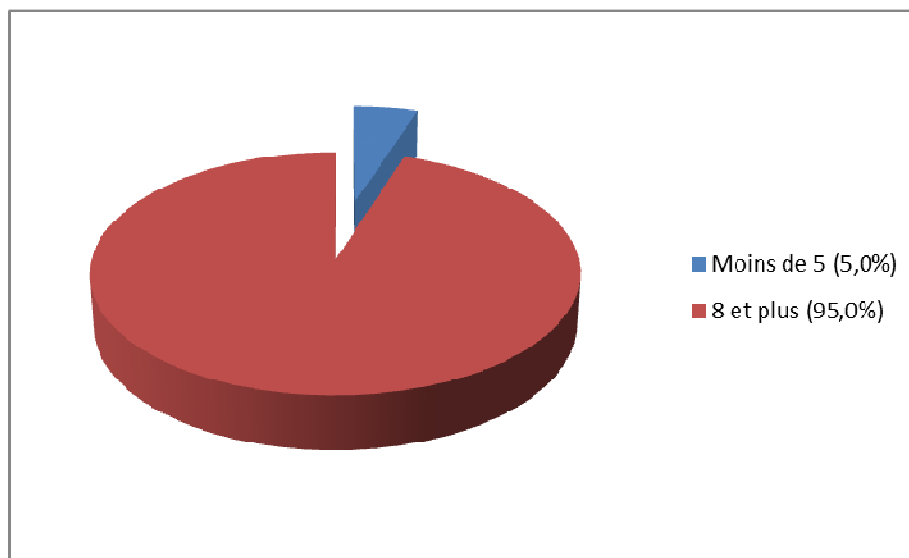


Figure n° VII: L'Appgar à la naissance

1-4. La morbidité néonatale

Sur 120 nouveau-nés 105 cas n'ont pas d'anomalies, les anomalies rapportées sur les cas compliqués sont :

Tableau n° XVIII: La morbidité néonatale liée à l'accouchement

La complication néonatale	Effectif	Pourcentage (%)
Absente	105	87,5%
Prématurité	8	6,7%
RCIU	7	5,8%
souffrance néonatale sévère	6	5%
DRNN	4	3,3%
Aplasie congénitale de la cotyle	4	3,3%
Pied bot	3	2,5%
Bosse sero-sanguine	1	0,8%

1-5. La mortalité néonatale

Sur 120 accouchements 4 décès néonataux ont été survenus, 3 décès ont été expliqués par la souffrance néonatale sévère, le 4ème décès par DRNN sur infection materno-foetal compliquée d'un choc septique.

2. PRONOSTIC MATERNEL

Deux femmes ont été compliquées d'hémorragie de délivrance, une a bénéficié d'une révision utérine plus transfusion sanguine, la deuxième a nécessité de faire une hémostase par sutures des lésions cervicales au bloc opératoire avec une bonne évolution.

L'évolution des suites de couche a été à 100% favorable, aucun cas de thrombophlébite ou d'infection puerpérale n'ont été rapportés, par ailleurs toutes nos parturientes césarisées ont bénéficié d'une prophylaxie anticoagulante systématique, les 4 femmes ayant subi une révision utérine et les 18 ayant une CRP positive ont bénéficié d'une cure antibiotique.

Le recul des informations est limité par le non suivi des patientes après la sortie du service, après 24h pour l'accouchement par voie basse et après 72h pour les césariennes.

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

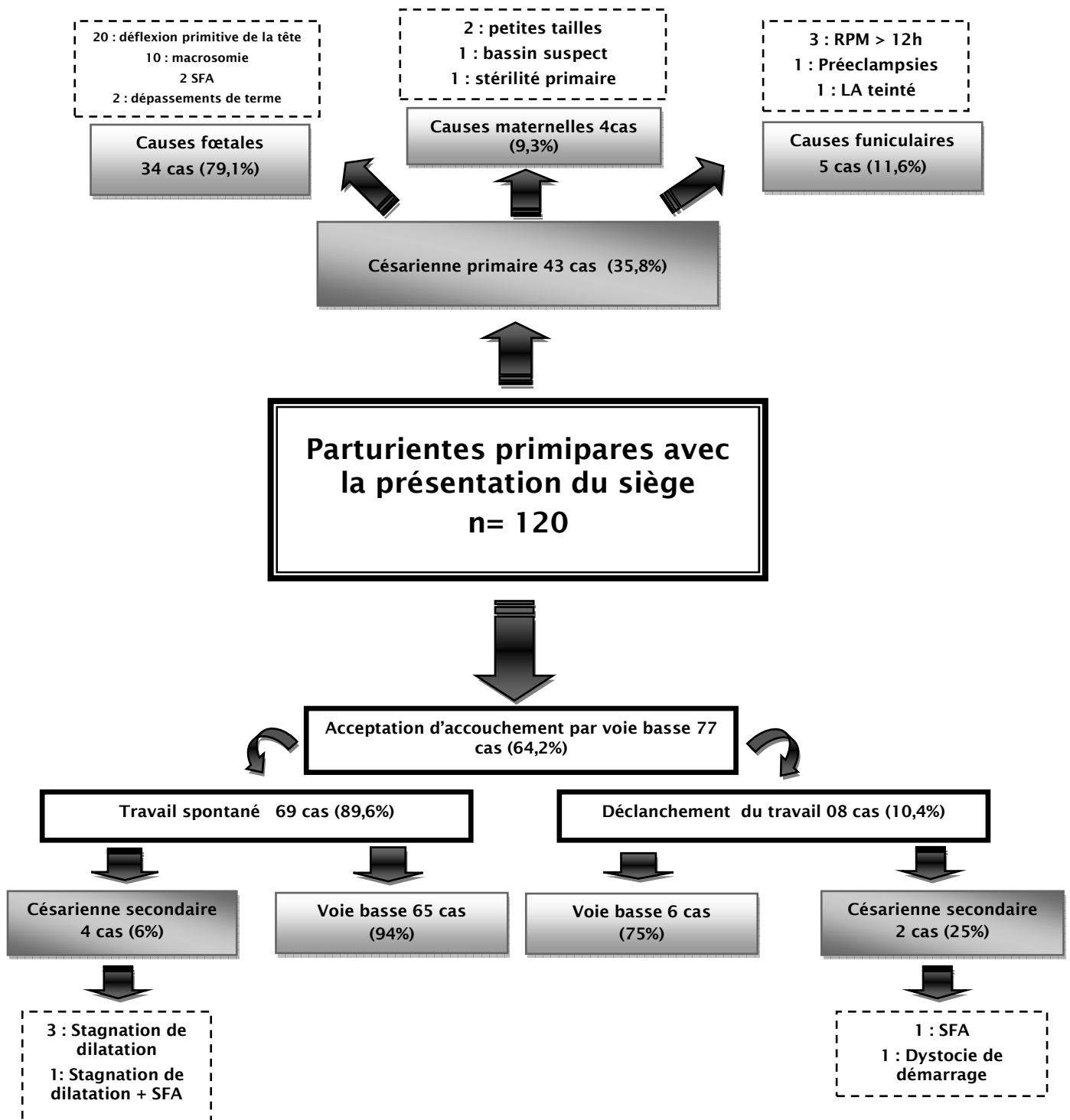


Figure n°VIII : le mode et l'évolution de l'accouchement



DISCUSSION

I. RESULTATS GLOBAUX

1. FREQUENCE

La fréquence de la présentation du siège chez la primipare dans la plupart des données de la littérature varie entre 0,83% et 3,84% [2-3]

Dans notre étude la fréquence était de 1,18 %, ce qui rejoint les données de la littérature.

Tableau n°XIX: Fréquence globale de la présentation du siège chez la primipare

Auteurs	Pays/ville	Année	Fréquence(%)
DE LEEUW [4]	Belgique	1986	3,34
ERKAYA [5]	Turquie	1994	1,20
EZRA [6]	Canada	1992	1,41
SIBONY [7]	France	1998	2,54
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU casa)	2006	2,34
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	1,18

2. AGE MATERNEL

La plupart des auteurs donnent à l'âge maternel, surtout chez la primipare, une grande importance quant au pronostic de l'accouchement. La primipare âgée est un facteur de risque de la présentation du siège vu l'hypertonie utérine avec difficulté de la réalisation des manœuvres d'extraction chez elle et une augmentation du risque de l'accouchement par césarienne. L'âge retenu pour parler de primipare âgée est de 35 ans [9-6]. De son tour, MAC NAB [10] et GOLDMAN [11] rapportent que la grossesse chez la primipare âgée s'accompagne d'un risque accru d'accouchement par césarienne, de prématurité, de faible poids de naissance et de malformations congénitales.

Une étude rétrospective faite par Descargues [12] entre 1993 et 1999 à propos de 146 cas a montré que l'âge moyen de la présentation du siège est de 26,7 ans et que le plus grand taux d'accouchement par césarienne pendant le travail est retrouvé dans la tranche d'âge de 30-34 ans (75%) pour les sièges complets et dans la tranche 25-29 ans (40,8%) pour les sièges décomplétés.

Dans notre série, la présentation du siège était plus fréquente dans la tranche d'âge comprise entre 18 et 30 ans (85%).

3. Antécédents

L'étude des antécédents de la parturiente peut orienter la conduite obstétricale et déterminer le pronostic materno-foetal de l'accouchement de la présentation du siège.

BROCHE [13] a cité 08 facteurs maternels de risque de l'accouchement d'une présentation du siège: la primiparité âgée, l'obésité, la pathologie gravidique associée, le rétrécissement pelvien, l'utérus malformé ou cicatriciel, les lésions périnéales et la grossesse induite.

Selon DESCARGUES [12], le taux d'accouchement par voie basse spontanée semble augmenté avec la taille maternelle, de la même façon, il apparait que le taux de l'accouchement par voie basse assistée est plus important lorsque les femmes mesurent entre 150 et 159 cm, puis il diminue lorsque elles mesurent plus de 160 cm.

Dans notre série, les parturientes n'ont pas rapporté beaucoup d'antécédents, seulement un cas d'antécédent gynécologique a été rapporté : un cas de stérilité primaire avec grossesse induite.

II. FACTEURS FAVORISANTS

Les facteurs classiques de la présentation du siège sont maternels, fœtaux et annexiels.

1. FACTEURS MATERNELS

Parmi les causes maternelles entraînant une présentation du siège, on retrouve :

2-1. Facteurs congénitaux

a- Anomalies du bassin :

Le diamètre transverse est plus petit chez la femme avec une présentation du siège et que le petit bassin est un facteur favorisant de cette présentation [14], alors que BROCHE [13]

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

considère que l'influence des rétrécissements transversaux du bassin sur mode de la présentation semble plus théorique que réel, et que la hauteur de l'excavation influence le pronostic de l'accouchement en même temps, il considère que la taille maternelle minimale souhaitable est entre 1m 55 et 1m 60.

L'étude faite par DESCARGUES [12] à propos de 146 cas entre 1993 et 1999, a montré qu'aucun accouchement par voie basse spontanée n'a été observé dans les sièges décomplétés lorsque l'indice de Magnin est compris entre 20 et 23,9 (9 cas), de plus, seul 5,4% des accouchements par voie basse spontanée ont été observés pour un indice de Magnin supérieur à 24. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux modes de la présentation du siège en fonction de l'indice de Magnin.

La primiparité n'entre pas en compte dans la mesure des diamètres pelviens.

Tableau n°XX: La fréquence des anomalies du bassin dans la littérature nationale

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
BENKARIM [12]	CHU (Casa)	2002	7,76%
HAMOUTAHRA [15]	CHU (Rabat)	2005	5,35%
QUARCHIL [13]	CHU (Casa)	2004	6,44%
BELMABKHOUT [14]	CHU (Marrakech)	2006	18,03%
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	2,5 %

Nous avons relevé 03 anomalies du bassin osseux (bassin suspect), soit une fréquence de 2,5%, cette fréquence est nettement inférieure à celle retrouvée dans la littérature nationale :

Il faut noter que cette fréquence est difficile à interpréter du fait que les parturientes ne sont pas suivies pendant la grossesse et ne font pas de radiopelvimétrie et/ou arrivent à une étape avancée du travail.

b- Malformations utérines

Les malformations utérines ont une influence sur le type de la présentation. Selon BROCHE [13], l'hypoplasie utérine avec un utérus cylindrique s'oppose à la culbute physiologique et favorise le siège décomplété mode des fesses et les malformations utérines modifient les axes intra-utérins, favorisant les présentations podaliques récidivantes. D'après MICHALAS [15], la fréquence de la présentation du siège chez des parturientes ayant des malformations utérines est de 46% avec fréquence de 100% en cas d'utérus unicorne. La même relation causale entre la présence des malformations utérines et l'irrégularité de la présentation est rapportée par plusieurs auteurs [5-16-17]. Pour GRALL [18], l'hypoplasie utérine avec une cavité plutôt cylindrique et hypertonique, favorise le siège décomplété et s'observe dans plus de 50% des cas chez la primipare. D'un autre côté, l'influence de la parité sur la présentation en présence des malformations utérines est négligeable [19]. Alors que dans plus de 50% des cas aucune anomalie n'est retrouvée pour expliquer la présentation du siège [1].

Dans notre série, nous avons relevé 02 cas de malformations utérines, soit une fréquence de 1,67 % et une fréquence de 4,08% des femmes césarisées.

2-2. Facteurs acquis

a- Fibromes utérins

Pour plusieurs auteurs le fibrome utérin est plus fréquent chez la primipare [15-20], dans l'étude faite par CORONADO [21], la fréquence de la présentation du siège chez les femmes avec un utérus myomateux était de 12,59%, alors qu'elle était de 3,04% chez les femmes n'ayant pas un myome utérin. BROCHE [13] a expliqué cette relation par la modification des qualités physiques des fibres utérines, alors que SEKULIC [19] a constaté que ce n'est pas uniquement la taille et le nombre des myomes qui augmentent le risque de la présentation du siège mais aussi leur localisation. Cette localisation cervicale ou isthmique peut gêner l'ampliation du segment inférieur et l'accommodation de la présentation [22].

Dans notre série ce facteur n'a été retrouvé chez aucune parturiente.

2. FACTEURS FŒTAUX

2-1. Prématurité

DESARGUES [12] rapporte que plus l'accouchement est prématuré plus la fréquence de la présentation du siège est importante. Avant 32 semaines, la fréquence de présentation de siège est élevée à environ 30% [23]. Cette même notion a été confirmée par BROCHE [9] dans son étude et il a précisé que la prématurité est une cause fréquente de la présentation du siège: 40% de prématurité parmi les sièges et 20% parmi les prématurés.

Dans notre série la fréquence de la prématurité était de 6,7%.

2-2. Hypotrophie fœtale

Le faible poids fœtal est un facteur favorisant de la présentation du siège par le fait que le fœtus hypotrophe change facilement sa position intra-utérine et de ce fait moins susceptible d'être en position céphalique [24], la présence de ce risque est plus importante en cas de la primiparité. [25]

Tableau n°XXI: la fréquence d'hypotrophie fœtale chez les primipares en présentation du siège

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
ROBERTS [24]	Australie	1999	3,9%
BENKARIM [3]	Maroc (CHU Casa)	2002	13 .75%
QUARCHIL [26]	Maroc (CHU Casa)	2004	15,44%
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	8,3%

Dans notre série la fréquence du faible poids de naissance est moindre à celle trouvée dans la littérature nationale mais supérieure à celle retrouvée dans la littérature internationale.

2-3. Malformations fœtales

Les malformations fœtales sont l'un des facteurs étiologiques de la présentation du siège cités dans la littérature, la fréquence de ces malformations, multipliée par deux à trois, en cas de présentation du siège explique cette relation causale (hydrocéphalie, anencéphalie) [13-18].

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

RAYL [27] explique cette relation par le dysfonctionnement neuromusculaire, l'hypotonie et les anomalies de la mobilité fœtale en cas des malformations fœtales. Par ailleurs, toutes sortes de malformation se rencontrent avec une fréquence supérieure à celle prévue, particulièrement celles qui affectent la morphologie du fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie...) ou son activité (spina bifida, myéloméningocèle, trisomie...) [18], de ce fait, TAYLOR [28] insiste sur la pratique systématique de l'échographie anténatale qui doit permettre le diagnostic anténatal et l'éventuelle sélection de la voie de l'accouchement selon le pronostic lié à cette malformation.

Tableau n°XXII: la fréquence des malformations fœtales dans la littérature internationale

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
ERKAYA [5]	Turquie	1994	3,9%
ALBRECHTSEN [29]	Norvège	1997	4,29%
QUARCHIL [26]	Maroc (CHU Casa)	2004	3,44%
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	5,8%

Nous avons noté 7 cas de malformations fœtales (3 cas de pied bot et 4 cas d'aplasie de la cotyle) avec une fréquence de 5,8%, cette fréquence est supérieure à celles retrouvées dans la littérature.

3. FACTEURS ANNEXIELS

1-1. Hydramnios et oligamnios :

Les anomalies du liquide amniotique (oligo ou hydramnios) ont été citées parmi les facteurs de risque de la présentation du siège, l'insuffisance ou l'excès de liquide amniotique peuvent intervenir directement et favorisent la présentation du siège [9]. En présence d'une anomalie du liquide amniotique, il faut toujours se demander s'elle n'est pas le fait d'une

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

malformation fœtale [13–18], d'autre part BRIAN [9] n'a pas trouvé de relation entre la quantité du liquide amniotique et la parité maternelle.

Dans notre étude, nous avons retrouvé 3 cas d'hydramnios avec une fréquence de 4,8% et 25 cas d'oligamnios avec une fréquence de 39,7%, dont 24 cas sur membranes rompues.

1-2. Brièveté du cordon

La brièveté du cordon secondaire à des circulaires ou bretelles du cordon est une caractéristique propre à la présentation du siège [18], BROCHE [11] a cité les anomalies du cordon (brièveté, circulaire ou en écharpe) parmi les facteurs de risque de la présentation du siège en limitant les mouvements fœtaux.

**Tableau n°XXIII: la fréquence de la brièveté du cordon ombilical fœtal
dans la littérature nationale**

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
LGSSIAR [30]	CHU (Marrakech)	2002	2,39%
QUARCHIL [26]	CHU (Casa)	2004	9,36%
BELMABKHOUT [8]	CHU (casa)	2006	0,82%
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	0%

Nous n'avons retrouvé aucun cas d'anomalies du cordon dans notre série.

1-3. Placenta prævia:

La présentation du siège constitue un facteur de risque du placenta prævia mais seulement un petit nombre de siège est associé à un placenta prævia [31], alors que la primiparité est 4 à 5 fois moins associée au placenta prævia que la multiparité [32]. BROCHE [13] a cité les anomalies de l'insertion placentaire (placenta bas inséré) parmi les facteurs de risque de la présentation du siège tout en constituant un obstacle de l'accommodation fœtale. La

fréquence du placenta prævia a été de 0,63% dans la série de LGSSIAR [30] et 0,17% dans celle de BENKARIM [3], alors qu'aucun cas n'a été noté dans notre série.

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

L'échographie permet le diagnostic de la présentation du siège avant le début du travail, permet de préciser le mode de la présentation du siège, la flexion de la tête fœtale, la position du cordon, l'estimation du poids fœtal, l'évaluation du volume du liquide amniotique, la localisation du placenta et d'éventuelles malformations fœtales et fibromes utérins. [33-34]

La précision échographique du type du siège, de la croissance fœtale, de l'estimation du poids fœtal et de l'attitude de la tête fœtale est obligatoire si non la césarienne est recommandée [35].

Dans notre série 65,8% des parturientes ont bénéficié d'une échographie à leur admission. Les autres n'ayant pas bénéficié de cet examen ont été à dilatation avancée.

2. RADIOGRAPHIE DU CONTENU UTERIN (RCU)

La RCU confirme le diagnostic de la présentation du siège, précise le type de la présentation et détermine la position de la tête qui représente un facteur pronostic de toute importance [18].

La déflexion primitive de la tête constitue une indication de césarienne prophylactique étant donné le risque des lésions médullaires si l'accouchement se fait par voie basse [18], cette déflexion si elle dépasse 90° doit faire suspecter une tumeur cervicale chez le fœtus [13].

La position de la tête fléchie est plus fréquente en cas de siège complet (79,5%) qu'en cas de siège décomplété (45,3%). Dans la population du siège complet, le taux de l'accouchement

par voie basse assistée est supérieur lorsque la tête fœtale est en position intermédiaire (75%). Pour les sièges décomplétés, la répartition du mode de l'accouchement en fonction du degré de la flexion est sensiblement égale. Il n'existe pas de différence significative du mode d'accouchement en fonction de la position de la tête fœtale, entre les deux modes de présentations du siège [12].

Dans notre série la RCU a été réalisée chez 71 parturientes soit une fréquence de 59,2% et a révélé 19 cas de déflexion primitive de la tête fœtal soit une fréquence de 26,8%.

3. RADIOPELVIMETRIE - SCANOPELVIMETRIE

Plusieurs auteurs, retiennent la radiopelvimétrie normale comme critère d'acceptation de la voie basse. [28–29–36–37–38]

Il est actuellement admis que toute parturiente dont le fœtus est en siège à la 37^{ème} SA doit avoir une exploration radiologique de son bassin, soit par radiopelvimétrie, soit par scanopelvimétrie, soit par IRM [36]. GRALL [18] considère que la radiopelvimétrie doit être systématique quel que soit la taille, la parité et les antécédents.

L'intérêt de la radiopelvimétrie pour TAYLOR [28] réside dans son exigence pour la décision de la voie d'accouchement alors qu'autres auteurs [39–40] rapportent que le bénéfice lié à la réalisation de la radiopelvimétrie est pronostic puisqu'elle réduit le taux de césarienne au cours du travail au profit du taux de césarienne programmée, bien moins dangereuse pour la mère et le nouveau-né, à l'inverse de FAIT [41] qui rapporte que la radiopelvimétrie chez la primipare ne diminue que la morbidité maternelle et non pas le taux de césarienne, aussi il n'améliore pas le pronostic fœtal.

Sur le plan pratique, BROCHE [13], a précisé que l'index de Magnin doit être supérieur ou égal à 23 cm avec des dimensions considérées comme normales dans les deux axes alors qu'un bischiatique inférieur à 9 cm est une indication à la césarienne prophylactique.

Récemment l'utilisation courante de la radiopelvimétrie en obstétrique associé à l'avènement de nouvelles technologies a conduit à son remplacement progressif par le pelviscan qui améliore l'imagerie et réduit les doses de radiations ionisantes, plus récemment, encore le développement de l'IRM permettant l'évaluation du bassin osseux sans radiations ionisantes, compte tenu des dangers faibles mais réels liés à l'utilisation des radiations ionisantes pour le fœtus. [39]

La radiopelvimétrie poste natale est proposée systématiquement pour guider au mieux la prise en charge des patientes lors de la grossesse suivante en évitant les irradiations fœtales, mais ROSENBERG [42] ne voit pas son intérêt puisqu'elle n'est pas prédictive ni du résultat de l'épreuve du travail ni du risque de la rupture utérine.

Dans notre série, aucune parturiente n'a bénéficié d'une scanopelvimétrie.

4. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF)

L'ERCF est l'examen de référence pour la surveillance fœtale au cours du travail, cet examen est préférable à la première phase du travail et obligatoire à la deuxième [35]. DESCARGUES [12] rapporte une fréquence d'environ 18% d'anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail sur un groupe de 173 femmes ayant accouché d'une présentation du siège par voie basse. Les anomalies les plus fréquemment rencontrées sont les ralentissements variables et l'apparition des décélérations précoces, sans différence significative entre le siège complet et le siège décompleté. BROCHE [13] explique ces altérations, très fréquente selon lui pendant la phase d'expulsion, par l'altération foetoplacentaire dès que l'ombilic s'engageait dans le vagin. Cet examen peut avoir aussi un intérêt pour la décision obstétricale, sachant que même si la dilatation cervicale progresse bien, une altération du rythme cardiaque fœtal pendant le travail doit inciter à la voie haute car le fœtus ne pourra pas aborder avec toutes ses réserves l'épreuve de l'expulsion [13].

IV. CONDUITE A TENIR

1. ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

1-1. Fréquence

L'analyse de la littérature est rendue difficile par le fait que très peu d'études s'attachent à la primipare exclusivement, par contre quelques auteurs font une comparaison entre les primipares et les multipares. Chez la primipare, la perplexité des obstétriciens est majorée par le fait que la filière pelvi génitale maternelle n'a pas encore fait ses preuves et certains d'entre eux proscrivent la voie basse chez la primipare.

Tableau n°XXIV: Fréquence de la voie basse chez la primipare dans la littérature internationale

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
DE LEEUW [4]	Belgique	1986	64
ERKAYA [5]	Turquie	1994	28,4
ABU-HEIJA [43]	Arabie Saoudite	2000	69,8
ROMAN [44]	France	2006	62,5
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU casa)	2006	45,08
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	59,2

1-2. Critères d'acceptation

Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français en 2001 considèrent qu'il n'y a pas suffisamment de données pour une réalisation systématique de la césarienne en cas d'une présentation de siège, les critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse ont été définis [13]:

- Radiopelvimétrie normale;
- Absence de la déflexion primitive de la tête fœtale;
- Estimation pondérale entre 2500 et 3800g;
- Siège décomplété mode des fesses;
- Acceptation de la patiente;

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

-Version par manœuvre externe encouragée.

Selon les recommandations de la FIGO de 1994 [13], l'acceptation de l'accouchement du siège par voie basse nécessite des conditions obstétricales draconiennes surtout pas de facteurs de risques : HTA, RCIU, RPM, macrosomie (PF>3800g), hyper extension de la tête fœtale à l'échographie, procidence du pied, anomalies du bassin, non progression du travail et état fœtal non rassurant ou anomalies de l'ERCF.

De nombreux scores ont été établis pour évaluer les chances de succès d'un accouchement par la voie basse.

SUZANNE [45] a réalisé un score sur 529 cas de siège entre 1982 et 1995 et ne retrouvait aucun décès néonatal parmi les singletons nés à terme sans malformation pour un taux de césarienne prophylactique de 45% et un taux de césarienne en cours de travail de 18%.

SCORE D'ACCOUCHEMENT DES SIEGES

(D'après SUZANNE & NEYRAT)

	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-pelviene (Tout point sur une limite est considéré comme appartenant à la zone sup.)	Zone 0	Zone 3		Zone 9

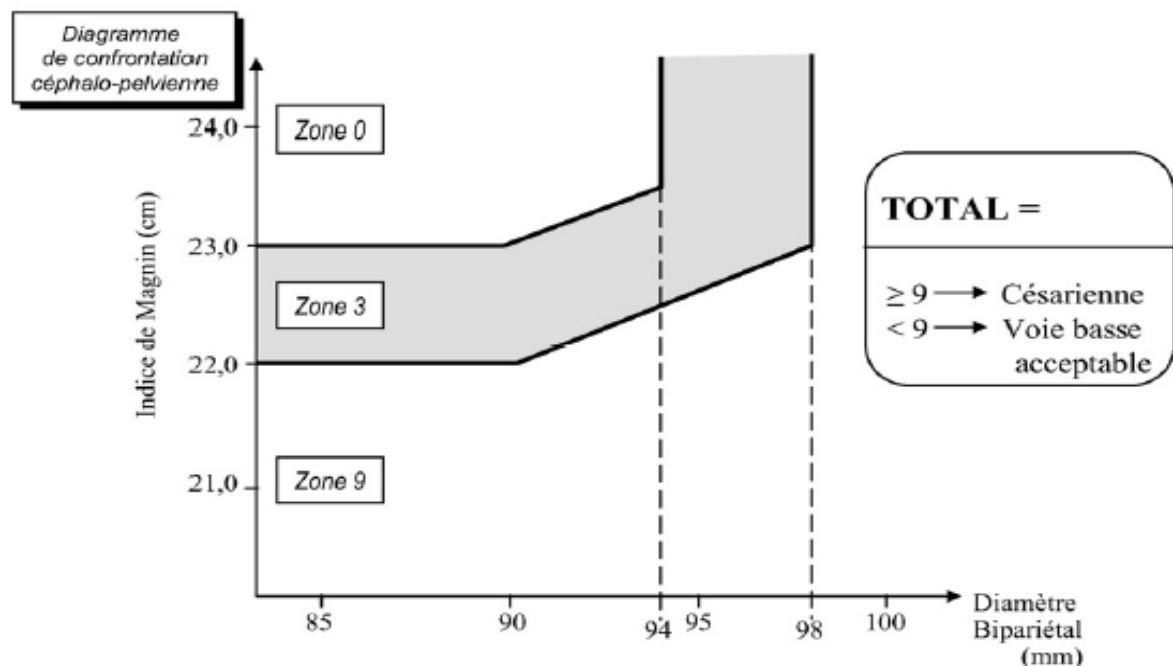


Figure n°IX Score d'accouchement du siège selon SUZANNE ET NEYRAT

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

ZATUCHNI et ANDROS [13] ont aussi établi un score pronostic de l'accouchement par le siège, ce score est fait à l'entrée de la femme à salle du travail (ZATUCHNI, 1967). Il a été évalué prospectivement et a permis de maintenir un taux de césariennes aux alentours de 20%.

Si le score est inférieur ou égal à 3, la césarienne est conseillée, et s'il est supérieur à 4, la voie basse est autorisée.

Tableau n°XXV Score d'accouchement du siège selon ZATUCHNI et ANDROS

	0	1	2
Parité	Primipare	Multipare	
Age gestationnel	≥39 SA	38 SA	35-37 SA
Poids fœtal	≥3600 g	3600 - 3200 g	2500 - 3200 g
Antécédent siège	0	1	2
Dilatation	2 cm	3 cm	≥4 cm
Position siège	-3 (mobile)	-2 (amorcée)	-1 (fixée)

a- type du siège :

Ils existent deux types principaux de la présentation du siège :

- Le siège complet, où le fœtus se présente assis en tailleur, les membres inférieurs complètement fléchis sur eux-mêmes font partie intégrante de la présentation.
- Le siège décomplété mode de fesses, où les membres inférieurs sont complètement étendus devant le fœtus, la présentation est donc constituée uniquement des fesses.

Le siège décomplété représente la variante la plus fréquente des modes de la présentation du siège, il constitue presque les deux tiers des cas et il prédomine chez la primipare [18], les données de notre série rejoignent ceux de la littérature.

Tableau n°XXVI: la répartition des modes la présentation du siège dans la littérature

Auteurs	Pays/ville	Année	Siège complet (%)	Siège décomplété (%)
DESCARGUES [12]	France	2001	27,4	72,6
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU Casa)	2006	35,24	64,76
Notre série	CHU Marrakech	2010	34,2	65,8

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

Pour BROCHE [13], le siège complet a une mauvaise réputation en raison des anomalies fréquentes du travail en cas de la rupture précoce des membranes, du risque de la procidence du cordon et de l'issue possible d'un membre inférieur au travers d'une dilatation cervicale incomplète. En effet, sur le plan mécanique le siège décomplété mode des fesses, réalise sans doute un meilleur con dilatateur.

Classiquement, le siège complet était considéré de meilleur pronostic mais la procidence du cordon y est souvent rencontrée. Dans notre série, il n'y avait pas de différence significative entre le siège complet et le siège décomplété concernant le mode de l'accouchement.

Tableau n°XXVII: la fréquence de la voie basse selon le mode de la présentation du siège dans la littérature

Auteurs	Pays/ville	Année	Siège complet (%)	Siège décomplété (%)
DESCARGUES [12]	France	2001	70	65,10
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU Casa)	2006	40,54	36,76
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	58,5	59,5

b- le poids fœtal :

Le poids fœtal est un paramètre important pour évaluer le bon déroulement de la grossesse comme il est un facteur déterminant du pronostic de l'accouchement, mais il n'a qu'une valeur relative qu'il faut apprécier par rapport à d'autres critères tels que la parité et la capacité du bassin.

Le palper abdominal et la mesure correcte de la hauteur utérine permettent une approche du volume fœtal [36], mais l'échographie est l'examen clé qui apporte des renseignements plus exacts, cependant les variations peuvent atteindre 500g et l'estimation pondérale du fœtus en siège à terme comporte un risque d'erreur de 10% [18].

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

Sur le plan épidémiologique, MABALA [46] rapporte que la primiparité favorise la survenue du faible poids de naissance, ce faible poids fœtal favorise la présentation du siège ainsi son incidence peut atteindre jusqu'à 30% pour un poids <2500g [47].

Tableau n°XXVIII: le poids fœtal et la présentation du siège chez la primipare

Auteurs	Pays/ville	Année	Poids fœtal <2500 (%)	Poids fœtal 2500–3500 (%)	Poids fœtal >3500 (%)
BELMABKHOUT [8]	Casa	2006	14,8	79,5	4,92
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	8,3	88,3	3,3

Sur le plan obstétrical, le poids fœtal associé à d'autres paramètres fœtaux et maternels déterminent le choix du mode de l'accouchement, ainsi, ANDREW KOTASKA [35], rapporte que l'accouchement par voie basse est possible si l'estimation du poids fœtale est entre 2500 et 4000 g, de même, CASTAIGNE [23] a cité la césarienne comme mode d'accouchement le plus adapté en cas de la présentation du siège et un fœtus de poids estimé inférieur à 2500g. D'autres auteurs [13–36] ont insisté sur la macrosomie comme étant un élément de mauvais pronostic qu'il faut apprécier correctement par la clinique ou mieux par l'échographie et rapportent que la césarienne est conseillée si l'estimation du poids fœtal dépasse 3800g et que le gros fœtus accouché par le siège présente un risque de relèvement des bras, de dystocie des épaules puis un risque de rétention de la tête dernière.

Tableau n°XXIX: la fréquence de la césarienne en (%) selon le poids fœtal

Auteurs	Pays/ville	Année	Poids fœtal <2500 (%)	Poids fœtal >3500 (%)
BELMABKHOUT [8]	Casa	2006	22,2	100
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	90	60,7

c- âge gestationnel

Plusieurs auteurs présentent l'âge gestationnel [12–48–49] comme un facteur influençant à la fois le type de la présentation étant un facteur de risque de cette dernière: l'accouchement en présentation de siège est d'autant plus fréquent que l'accouchement est prématuré et de taux

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

le plus faible dans la tranche supérieure à 40 SA représentant 1,7%. D'autre part, la primiparité est un facteur de risque significativement lié à la prématurité.

Tableau n°XXX: Le taux de prématurité dans la littérature
varie selon les auteurs

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
ERKAYA [5]	Turquie	1994	23,94
LGSSIAR [30]	Maroc (CHU Marrakech)	2002	13,20
BENKARIM [3]	Maroc (CHU casa)	2002	13,94
MEYE [48]	Gabon	2003	33,5
QUARCHIL [26]	Maroc (CHU Casa)	2004	13,56
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU Casa)	2006	4
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	6,7

La fréquence de la prématurité dans notre série était inférieure aux données de la littérature sauf aux données rapportées par BELMABKHOUT [8].

Le problème de la prématurité et de la présentation du siège soulève bien des controverses. Certains ont proposé d'étendre l'indication de la césarienne à l'association de la prématurité et la présentation podalique [36]. Pour DESCARGUES [12], le taux des accouchements par la voie basse assistée diminue lorsque l'âge gestationnel augmente. A l'inverse, le taux des césariennes pendant le travail augmente avec l'âge gestationnel. Le taux des accouchements par la voie basse spontanée reste stable quel que soit l'âge gestationnel.

DEMOL [50] rapporte que l'accouchement prématuré du siège est un facteur indépendant du risque de la mortalité néonatale, et la césarienne a un effet protecteur par la diminution du taux de la mortalité néonatale confirmée par l'étude de MALHOTRA [51] qui a montré que le taux de mortalité néonatale était plus élevé dans l'accouchement par voie basse. HERBST [52], a constaté que la césarienne diminue le risque de la mortalité néonatale en cas du siège prématuré et que le taux des césariennes n'est pas augmenté chez la primipare.

Dans notre série, 75% des prématurés sont nés par voie basse sans décès marqué chez cette population.

d- Anomalies du travail

La durée moyenne du travail des sièges nés par voie basse (spontanée ou non) est de 8h, seulement 18,9% des femmes ont une durée de travail supérieure à 12h et la durée moyenne de l'ouverture de l'œuf, en cas de l'accouchement par la voie basse spontanée, est de 8h30 pour les sièges complets et de 7h 36 pour les sièges décomplétés [12].

Un travail prolongé ou le retard de l'ouverture du col peut s'expliquer alors soit par des contractions utérines inefficaces sur le col soit par l'absence d'une bonne ampliation du segment inférieur, cette dernière composante inclus soit la rupture précoce ou prématurée de la poche des eaux soit l'irrégularité de la présentation. Le siège complet a une mauvaise réputation en raison des anomalies fréquentes du travail en cas de la rupture précoce des membranes, du risque de procidence du cordon et de l'issue possible d'un membre inférieur au travers d'une dilatation cervicale incomplète, à l'inverse du siège décomplété mode des fesses qui réalise sans doute un meilleur con dilatateur mais la présentation du siège en elle-même ne doit pas être accusée d'entraîner une dilatation plus lente. Si la dilatation ne se fait pas régulièrement, il faut penser à une dystocie dynamique ou mécanique et agir en conséquence. En cas de stagnation et sous réserve d'un RCF parfait, il faut éliminer une cause de dystocie mécanique [13].

Selon DESCARGUES [12], il semble fréquemment associée au siège une rupture précoce des membranes, ainsi qu'un travail très laborieux, laissant présager un échec de l'accouchement par voie basse et d'un taux de complications obstétricales et néonatales supérieures. A l'inverse, d'autres auteurs estiment qu'il n'existe pas de différence entre ces deux modes de la présentation du siège.

En cas de la présentation podalique et en absence d'une adéquate progression du travail, la césarienne est indiquée et le déclenchement artificiel du travail n'est pas recommandé mais il est éventuellement possible d'envisager un renforcement des contractions utérines par le Syntocinon® sur un col favorable exclusivement en cas de dystocie utérine, en prenant garde d'obtenir rapidement un travail « brillant et harmonieux » [13-37-53]. Une deuxième phase

passive de travail sans effort de pousser doit durer 90 min permettant au siège de bien descendre dans le pelvis. Une fois les poussées actives commencent, si l'accouchement n'est pas imminent après 60 min la césarienne est recommandée [35]. DESCARGUES [12] rapporte qu'il n'existe pas de différence significative entre la fréquence des stagnations et le mode de la présentation du siège. Les stagnations de dilatation avant 5 cm semblent plus fréquentes dans les sièges complets (33,3% contre 23,3%) mais cette différence n'est pas significative ($p=0,41$).

Le deuxième stade de l'accouchement est l'expulsion, elle demeure la période la plus dangereuse, au cours de laquelle se multiplient les risques d'anoxie et des traumatismes. Elle doit donc être entreprise dans les meilleures conditions: une poche des eaux rompues, une dilatation complète, le siège est franchement engagé [18].

Selon BROCHE [13], l'engagement proprement dit est synclite au niveau du détroit supérieur est très facile et précoce dans les sièges décomplétés mode des fesses, mais plus laborieux dans les sièges complets, alors que le dégagement est plus facile pour le siège complet, les membres inférieurs se dégagent avec le siège grâce à l'incurvation latérale du tronc. Dans le siège décomplété, le dégagement est plus difficile, car les membres inférieurs sont repliés en attelle, le siège se dégageant avec les membres inférieurs en pointant vers le haut.

Avant le dégagement, une perfusion d'ocytociques est mise en place si elle n'était pas déjà en cours, afin d'assurer un bon moteur utérin pour l'expulsion. Il est préférable d'attendre la dilatation complète pour rompre les membranes. Un anesthésiste et un pédiatre doivent être présents lors de la phase expulsive. La patiente est installée sur les étriers, vessie vidée, un forceps ou des spatules doivent être à portée de main. Un délai maximal d'efforts expulsifs de 30 min semble raisonnable pour que le siège aborde le périnée. Sinon la césarienne est encore possible. [13]

L'accouchement de la présentation du siège garde ses particularités sur le plan mécanique surtout le long de ses deux premiers stades, et bien moins gravement sur le plan dynamique faisant craindre les complications de la voie basse mettant en question le pronostic

de l'accouchement. BROCHE [13] a cité les complications de l'accouchement d'une présentation du siège:

-L'absence de l'engagement du siège surtout dans les sièges complets.

-L'arrêt de la progression pelvienne.

-Le relèvement des bras incompatible avec l'accouchement spontané qui est surtout d'origine iatrogène: des efforts expulsifs trop précoces, l'expression abdominale très intempestive, la traction sur le fœtus ou la précipitation dans les manœuvres d'extraction, mais parfois il est la conséquence d'une disproportion foetopelvienne méconnue.

-La rétention de la tête dernière au-dessus du détroit supérieur ou dans l'excavation.

1-3. Manœuvres obstétricales

L'accouchement spontané constitue évidemment la meilleure 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 au moins intervenir, car ce n'est pas un choix mais une nécessité [18].

BROCHE [13] rapporte qu'il est conseillé actuellement de terminer l'accouchement du siège quand la pointe des omoplates apparaît à la vulve. Les manœuvres à réaliser préférentiellement pour les épaules: la manœuvre de Lovset ou Suzor, et pour la tête: la manœuvre de Mauriceau ou Bracht.

Dans l'étude faite par DESCARGUES [12] sur une série de 200 cas répartis en deux groupes, le premier groupe contenant tous les sièges complets (40 cas) dont 70% ont été accouchés par la voie basse avec recours aux manœuvres obstétricales chez 78,6% des cas. Les anomalies du rythme cardiaque fœtal à l'expulsion (40%) a été l'indication la plus importante des manœuvres obstétricales, suivies par le défaut de progression fœtale (16%) puis le relèvement des bras (4%). Dans le deuxième groupe, contenant les parturientes qui se sont présentées avec un siège décomplété (160 cas), dont 65% ont accouché par la voie basse avec recours aux manœuvres dans 87% des cas. Sur ce deuxième groupe aussi, les anomalies du rythme cardiaque

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

foetal à l'expulsion (40,3%) ont été l'indication la plus importante des manœuvres obstétricales, suivies par le défaut des efforts expulsifs (8,9%) puis par le défaut de progression fœtale (3 cas).

Tableau n°XXXI: la fréquence des manœuvres obstétricales selon la série de DESCARGUES [12] selon le mode du siège

	Siège complet (28 cas)	Siège décompleté (104 cas)
Vermelin	21,4%	13%
Bracht	28,6%	43,5%
Mauriceau	18%	--

Dans notre série, les manœuvres obstétricales ont été réalisées chez 52 parturientes soit une fréquence de 73,2%. La manœuvre la plus réalisée est Lovset plus Bracht avec une fréquence de 47,9%.

1-4. place de l'épisiotomie

Au moment du deuxième stade de l'accouchement, l'expulsion, des modifications périnéales auront lieu avec une distension importante de la paroi pelvienne et mis en œuvre des muscles du diaphragme pelvien et risque des lésions musculo cutanées graves surtout en cas d'atteinte du sphincter anal. Selon BARBIER [54], les lésions du sphincter anal ou déchirures périnéales sévères (types 3 et 4) du per-partum sont rares, elles surviennent dans 1,7 à 7,3 % des accouchements par voie basse [4-2].

Selon BROCHE [13], lorsque le siège distend le périnée, une épisiotomie doit être pratiquée pour réduire les résistances vulvaires et le dégagement peut s'effectuer spontanément. En effet, l'ampliation périnéale entraînée par le siège est souvent insuffisante pour que la tête puisse passer rapidement, surtout chez la primipare. Si la patiente n'a pas de péridurale, il est conseillé d'effectuer une anesthésie locale avant de réaliser l'épisiotomie pour qu'elle n'ait pas de douleurs qui empêchent les efforts expulsifs. Il est préférable d'orienter d'abord le bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur et attendre la distension du périnée pour pratiquer l'épisiotomie (si elle est nécessaire).

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

La primiparité expose à un risque élevé des déchirures périnéales sévères, l'épisiotomie medio-latérale protège de ces lésions périnéales de façon significative chez la primipare [54], à côté du risque lié à la parité, VENDITTELI [55] rapporte que la présentation du siège augmente le recours à l'épisiotomie comparée aux présentations céphaliques.

D'après les données de la littérature française [56], il existe une légère augmentation des épisiotomies avec l'âge des femmes primipares et plus de 66% des épisiotomies étaient médio latérales chez les primipares.

Dans notre série, l'épisiotomie a été pratiquée chez 80,3% des parturientes.

2. ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE

Le mode de la naissance par voie basse ou par la césarienne est encore fortement débattu dans de nombreuses études, ce qui explique la variation importante du taux de la césarienne en fonction des équipes, des habitudes et des lieux géographiques.

2-1. Césarienne prophylactique

Certains auteurs [57-58-59] proposent l'accouchement par la césarienne pour toute présentation en siège chez la primipare, HANNAH [58] a justifié cette conduite par les risques maternels et fœtaux élevés chez la primipare, par conséquent plusieurs auteurs [60-61-62-63] ont noté un taux élevé des césariennes prophylactiques chez la primipare.

Tableau n°XXXII: Fréquence de la césarienne prophylactique chez la primipare

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage(%)
GILLBERT [64]	USA	1999	61,3
DESCARGUES [12]	France	1999	31
ABU-HAEIJA [43]	Arabie-Saoudite	2000	14,3
BENKARIM [3]	Maroc (CHU casa)	2002	38,97
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU casa)	2006	89,55
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	35,83

Les recommandations de l'Américain Collège of Obstetricians and Gynecologists en 2006 [13] rapporte que la décision concernant le mode d'accouchement du siège dépend de l'expérience de l'obstétricien. La césarienne doit être préférée par la majorité des médecins du fait de la diminution de la pratique des manœuvres du siège. Ces mêmes recommandations précisent les indications formelles de la césarienne prophylactique :

- Les anomalies du bassin ;
- La macrosomie fœtale documentée ;
- La déflexion primitive de la tête ;
- L'utérus multi cicatriciel ;
- Le placenta prævia ;
- La brièveté congénitale d'un périnée cicatriciel.

Les indications relatives sont :

- La grande prématurité ;
- la SFC ;
- La primipare âgée ou les antécédents de la stérilité ;
- Les antécédents de la dystocie.

Selon le consensus canadien [65], la parité ne doit pas influencer la décision de l'accouchement planifié par la voie basse, il est donc raisonnable de permettre l'épreuve du travail en cas de la présentation de siège chez la primipare, d'autres auteurs [4-28-43-66-63-67-57] confirment aussi que la primiparité ne doit pas intervenir comme critère dans le mode de l'accouchement car il n'y a pas de différence significative entre la primipare et la multipare à la tentative de la voie basse et elle n'influence pas le pronostic néonatal.

Dans notre série, la fréquence de la césarienne prophylactique était de 35,83% avec comme principale indication la déflexion primitive de la tête fœtale à la RCU.

2-2. Césarienne au cours du travail

La dilatation stationnaire était la principale indication de la césarienne au cours du travail chez la primipare [38], cette dernière ne dépend pas uniquement de l'évolution du travail mais

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

d'autres facteurs maternels et obstétricaux tels: la primiparité, le siège complet, la macrosomie, la RPM, et l'absence de l'estimation du poids fœtal avant le début du travail. BROCHE [13] rapporte qu'en cas de la rupture prématurée des membranes supérieur à 24h, une césarienne est réalisée, pour certains, ce délai peut être beaucoup plus court. A côté des anomalies de la dilatation et de la rupture prématurée de la poche des eaux, plusieurs études [7-68-69] rapportent que le taux de la césarienne au cours du travail était plus élevé chez la primipare.

Pour TAYLOR [28] la césarienne au cours du travail présente un sur-risque maternel.

Dans notre série, la césarienne au cours du travail a été réalisée dans 5% de nos parturientes, la stagnation de la dilatation en était l'indication majeure.

Tableau n°XXXIII: Fréquence de la césarienne secondaire chez la primipare

Auteurs	Pays/ville	Année	Pourcentage (%)
KAYEM [68]	France	1999	14,96
DESCARGUES [12]	France	1999	26,5
ABU-HAEIJA [43]	Arabie-Saoudite	2000	30,2
ROMAN [37]	France	2002	17,96
BELMABKHOUT [8]	Maroc (CHU casa)	2006	10,45
Notre série	Maroc (CHU Marrakech)	2010	5

2-3. Place de la VME

L'accouchement de la présentation du siège est réputé dangereux par le taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales qui y sont rattachés, c'est la raison pour laquelle beaucoup d'auteurs recommandent la VME lorsqu'un fœtus se présente par le siège, afin de diminuer la fréquence de cette présentation au moment du travail [13].

Pour SULLIVAN [70], le taux moyen de la réussite de la VME est de 59% et varie entre 35 et 100% chez les femmes avec une grossesse en présentation du siège, alors que plusieurs auteurs [18-29-71-72-73] ont trouvé que son taux de réussite demeure assez bas chez la primipare en raison de la tonicité utérine et de la fréquence des sièges décomplétés.

EZRA [74], a constaté que la VME ne diminue que de 9% le risque de césarienne chez la primipare et recommande l'épreuve du travail sans VME pour prévenir ses inconvénients et ses risques à l'inverse de VEZINA [72] qui a rapporté que la VME augmente le taux d'accouchement par césarienne aussi bien chez la primipare que chez la multipare par le risque du défaut d'engagement de la tête fœtale qu'elle engendre.

Dans notre série, aucune VME n'a été réalisée.

V. PRONOSTIC MATERNOFOETAL

La mortalité et la morbidité materno-fœtal sont les deux paramètres les plus importants pour évaluer le bon déroulement de la grossesse et surtout de l'accouchement, et vu leur importance, la mortalité materno-fœtal constitue l'un des indicateurs consultés pour évaluer le développement des nations.

Pour BROCHE [13], la primiparité est classiquement grevée d'un pronostic défavorable alors que chez la multipare, le pronostic est pratiquement identique aux présentations céphaliques.

1. LA MORTALITE PERINATALE

Les auteurs sont groupés en deux concernant l'influence du mode de l'accouchement sur le pronostic néonatal, certains auteurs [75-64-69] parlent d'une augmentation significative de la mortalité néonatale lors de l'accouchement par voie basse (4,6%) par rapport à la voie haute (0,3%) chez les primipares avec une présentation en siège et que l'accouchement par césarienne diminue le taux de mortalité néonatale.

A l'inverse, d'autres auteurs [4-43-76] qui ont conclu que l'accouchement par voie basse chez la primipare n'accroît pas la mortalité néonatale. Alors que VENDITTELLI [40] a rapporté qu'il n'y a pas d'interaction entre la parité et la mortalité néonatale.

Dans les années 70, RUF et COLL, concluent dans leurs études que les sièges complets ont un moins bon pronostic que les sièges décomplétés concernant la mortalité, mais meilleur

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

en ce qui concerne la morbidité. D'autre part, DENNIS et COLL trouvent une mortalité trois fois plus élevée dans les sièges complets [12].

Tableau n°XXXIV: Fréquence de la mortalité périnatale chez les nouveaux nés en présentation du siège chez la primipare.

Auteurs	Pays/ville	Année	Fréquence(%)
BENKARIM [3]	CHU (casa)	2004	2,28
HAMOTAHRA [77]	CHU (Rabat)	2005	4,9
BELMABKHOUT [8]	CHU (casa)	2006	2,45
Notre série	CHU (Marrakech)	2010	3,33

Dans notre série, les 4 décès ont été survenus suite à des accouchements par la voie basse, 3 décès ont été expliqués par la souffrance néonatale sévère, le 4^{ème} décès par DRNN sur infection matrnofœtale compliquée d'un choc septique.

2. LA MORBIDITE PERINATALE

La morbidité périnatale de l'accouchement par le siège est la conséquence des traumatismes obstétricaux liés à des manœuvres: la fracture humérale, la fracture fémorale, l'élongation du plexus brachial, la paralysie faciale, l'asphyxie par la rétention de la tête dernière, l'hémorragie cérébrale à l'origine des séquelles neurologiques sévères [28].

Plusieurs auteurs [43–4–78] n'ont pas trouvé de différence en termes de morbidité néonatale entre les deux modes d'accouchement chez la primipare avec la présentation du siège.

Pour d'autres auteurs [33–79] et en cas de l'accouchement par voie basse, la primiparité ne paraît pas un facteur de mauvais pronostic, mais il s'accompagne d'un risque accru de la rétention de la tête dernière.

2-1. Traumatismes obstétricaux

Durant son passage le long de la filière génitale, le fœtus subit un ensemble de traumatismes obstétricaux dus essentiellement aux manœuvres obstétricales au cours de

l'expulsion. BROCHE [13] a cité ces traumatismes observés au cours d'un accouchement du siège :

- La bosse sero-sanguine au niveau des fesses, au niveau des organes génitaux ou au niveau du talon dans les sièges complets ;
- L'aplatissement congénital de la voûte crânienne (dolichocéphalie) ;

Quelques fois on observe :

- Le menton fuyant par l'aplasie de l'angle maxillaire inférieur ;
- Une aplasie congénitale de la cotyle.

DIRO [80] rapporte que le risque de la luxation de la hanche est identique dans les deux modes d'accouchement mais il est plus fréquent chez la primipare, GILBERT [64] aussi a montré que chez la primipare, la voie basse s'accompagne d'un risque accru d'asphyxie, des traumatismes et de paralysie du plexus brachial.

Dans notre série, les traumatismes obstétricaux sont dominés par l'aplasie congénitale de la cotyle (4 cas avec une fréquence de 3,3%) et la DRNN (4 cas avec une fréquence de 3,3%), suivies par le pied bot (3 cas avec une fréquence de 2,5%) puis la bosse séro-sanguine (un seul cas avec une fréquence de 0,8%).

2-2. Souffrance néonatale(SNN)

IRION [28] a conclu que la primiparité est un facteur de risque prédictif d'admission en réanimation néonatale lorsqu'un accouchement a eu lieu par voie basse en comparaison avec un accouchement par césarienne programmée ou par césarienne au cours du travail, alors que KOO [81] rapporte que l'accouchement du siège par césarienne s'accompagne d'un risque accru de SNN mais sans relation avec la parité.

Dans notre série le taux de SNN néonatal était de 5%, plus élevé au cours de l'accouchement par voie basse.

2-3. Devenir à long terme des enfants nés par le siège et mode d'accouchement

Si l'accouchement par voie basse d'un fœtus de poids > 3500g augmente le risque de retard de développement neurologique à l'âge de 2 ans selon MOLKENBOER [82], la césarienne ne diminue pas le risque de retard de développement neurologique, puisque la plupart des enfants avec une sérieuse morbidité néonatale survivent et se développent normalement [83]. D'autre part, MUSTEDEDT [84] a trouvé que la voie d'accouchement n'a aucune influence sur le pronostic à long terme de siège.

3. Mortalité maternelle

HANNAH [78] a conclu dans son étude qu'il n'y a pas de différence en termes de mortalité maternelle entre le groupe césarienne programmée et le groupe épreuve de travail. Pour HALMESMAK [85] et GRALL [18] l'accouchement par césarienne augmente le risque de mortalité maternelle.

Nous n'avons retenu aucun cas de décès maternel dans notre série, ce résultat rejoint celui de plusieurs auteurs [79-78-80].

4. Morbidité maternelle

4-1. Voie haute

La césarienne augmente la morbidité maternelle: les manifestations thromboemboliques, les infections, le syndrome de Mendelson, l'iléus paralytique, la plaie de la vessie ou la plaie vasculaire [18]. Plusieurs auteurs [69-80] rapporte que la morbidité maternelle varie en fonction de la parité et du mode d'accouchement, ainsi qu'elle est plus fréquente chez la primipare et au cours de l'accouchement par césarienne.

Mais les progrès considérables de la chirurgie et de l'anesthésie obstétricale ont effondré les risques liés à la césarienne programmée grâce à l'antibioprophylaxie, la thromboprophylaxie et l'analgésie péridurale.

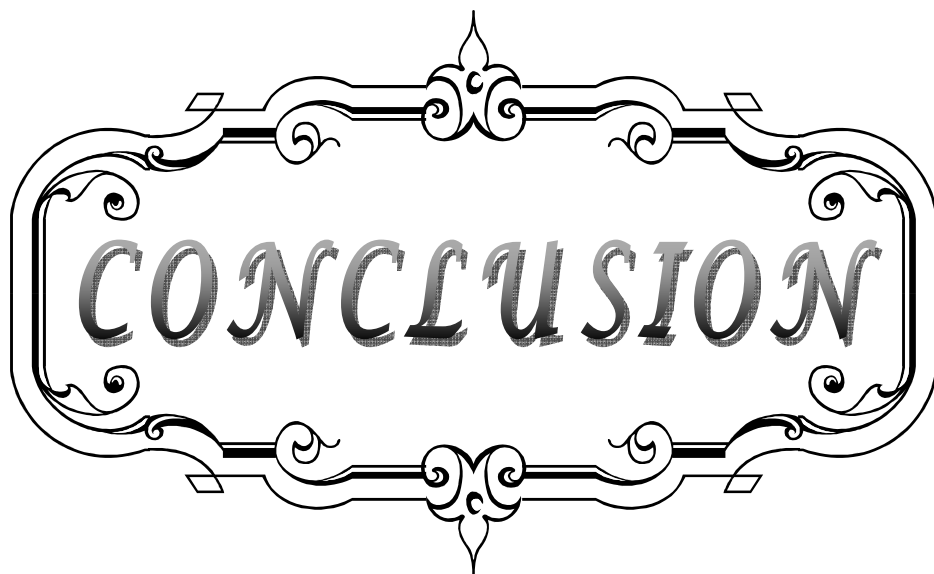
4-2. Voie basse

Les principaux risques liés à l'accouchement du siège par la voie basse sont : les déchirures périnéales et cervicales liées à l'application du forceps sur tête dernière qui expose aussi au risque des lésions musculaires et neurologiques, l'incontinence urinaire et anale, le prolapsus des organes pelviens et les dyspareunies [86], le dégagement souvent brutal de la tête fœtale sont à l'origine des déchirures périnéales, ces déchirures sont plus fréquentes chez la primipare à périnée moins souple [87].

Dans l'étude de KREBS [69], 1,7% des primipares qui ont accouché par voie basse ont eu une déchirure du sphincter anal.

Dans notre étude, le pronostic maternel a été marqué par deux cas d'hémorragie de délivrance, une a bénéficié d'une révision utérine plus transfusion sanguine, la deuxième a nécessité de faire une hémostase au bloc opératoire avec une bonne évolution.

L'évolution des suites de couche a été à 100% favorable. Le recueil des données a été limité par le non suivi des patientes à la sortie de l'hôpital après 24h pour les femmes accouchées par voie basse sans complications et après 72h pour les femmes césarisées.



CONCLUSION

La grande disparité des avis retrouvés dans la littérature met en évidence les divergences importantes d'opinion en ce qui concerne l'accouchement en présentation du siège chez la primipare. Au terme de notre étude portant, on constate que son accouchement par voie basse semble une indication qui garde sa place chez la femme primipare dont la grossesse fut d'évolution normale, contrairement aux données de la littérature, cette étude nous a permis aussi de dégager certains éléments primordiaux pour améliorer aussi bien le pronostic fœtal que maternel :

- Une surveillance rigoureuse des grossesses par l'échographie obstétricale, la scano-pelvimétrie, et la radiographie du contenu utérin, pour dépister à temps les grossesses à risque et décider à froid du mode d'accouchement.
- La césarienne systématique ne nous semble pas justifiée en cas de présentation de siège chez la primipare si les critères favorables à l'accouchement par voie basse sont présents:
 - Une sélection rigoureuse des candidates à la tentative d'accouchement par voie basse ;
 - Une gestion et surveillance rigoureuses le long des stades de l'accouchement ;
 - Une équipe obstétricale présente et entraînée à la gestion de cette présentation.



RESUMES

RÉSUMÉ

L'objectif de notre travail est d'étudier le pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare. Elle s'agit d'une étude rétrospective de 120 parturientes primipares ayant accouché au service de gynécologie obstétrique « B » du centre hospitalier universitaire Mohamed VI à Marrakech sur une période de deux ans, entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2010. Nous avons inclus dans cette étude toutes les parturientes primipares admises pour accouchement avec une présentation du siège monofœtal avec exclusion des parturientes ayant un utérus cicatriciel, les malformations fœtales majeures ou polymalformatifs et les morts fœtales in utéro. L'étude et l'analyse s'est focalisée sur les paramètres maternels, fœtaux, ovulaires, obstétricaux et néonataux en fonction de leurs mode d'accouchement. Les différents paramètres étudiés ont été cherchés manuellement sur les dossiers obstétricaux des patientes. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.10. A travers notre étude nous avons observé 54,2% des accouchements par voie basse spontanée, 5% des accouchements sont par voie basse assistée, 35,8% par césarienne prophylactique et 5% par césarienne secondaire. Quatre cas de décès néonataux ont été signalés et deux d'hémorragie de délivrance sans complications ont été signalés. D'après notre étude, l'accouchement par voie basse semble une indication qui garde sa place chez la femme primipare dont la grossesse fut d'évolution normale, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature classique.

Mots clés : Primipare – Présentation du siège –Voie basse – Morbidité – Mortalité.

ملخص

الهدف من هذا البحث هو دراسة تكهن وضع المجيء المقعدي عند المنجبة الأولية. و هو عبارة عن دراسة استرجاعية تشمل 120 منجبة اولية بمصلحة أمراض النساء و التوليد "ب" بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش على امتداد سنتين من فاتح يناير 2009 إلى 31 من دجنبر 2010. لقد شملت هذه الدراسة كل الحوامل المنجبات الاولية اللائي تم استقبالهن لأجل وضع حمل في مجيء مقعدي أحادي الجنين مع استبعاد الحوامل ذوات الرحم الندبي، التشوهات الجنينية الكبيرة أو الأجنة المتعددة التشوهات والموت الجنيني بالرحم. الدراسة و التحليل ركزوا على محددات أمومية، جنينية، بويضية، توليدية و وليدية على حسب طريقة الوضع. تم البحث عن مختلف المحددات المدروسة يدويا في ملفات الولادة للحوامل. تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنام SPSS.10. من خلال دراستنا لاحظنا 54,2% وضعا مهلبيا عفويا، 5% وضعا مهلبيا مؤازرا، 35,8% ولادة قيصرية وقائية و 5% ولادة قيصرية ثانوية. تم تسجيل أربع وفيات وليدية و حالتين من نزيف الخلاص بدون مضاعفات. انطلاقا من هذه الدراسة، يتبين أن الوضع المهلبى له مكانته عند المرأة المنجبة الأولية عند التطور العادي للحمل، على عكس ما جاء في المراجع العلمية.

كلمات أساسية: المنجبة الاولية – المجيء المقعدي – الوضع المهلبى – المراضية – حالات الوفاة.

ABSTRACT

The objective of our work is to study the prognosis of delivery in breech presentation on primipares. It is a retrospective study on 120 primipares women who delivered in the section of Obstetrics and Gynecology B, University Hospital Mohamed VI of Marrakech over a period of two years from 1 January 2009 and 31 December 2010. We included in this study all primipares women admitted for delivery with a monofœtal breech presentation with exclusion of scarred uterus women, fetal malformations or major malformation and fetal death in utero. The study and analysis focused on maternal parameters, fetal, ovular, obstetric and newborn depending on their mode of delivery. The parameters studied were searched manually on patients' documents'. Statistical analysis was performed using the software SPSS.10. Through our study we observed 54.2% spontaneous vaginal deliveries, 5% of vaginal deliveries needed assistance, 35.8% prophylactic cesarean and 5% secondary cesarean. Four cases of newborn deaths were reported and two bleeding delivery without complications were also reported. In our study, the vaginal delivery seems an indication that keeps its place in primipares woman whose pregnancy was with normal evolution, contrary to what is described in medical literature.

Keywords: Primepare - Breech presentation - Vaginal delivery - Morbidity - Mortality.



ANNEXES

Annexe I : Fiche d'exploitation

I)- ÉPIDEMIOLOGIE :

-NE : / **-Age:** ans **-Date de l'Admission :**

-Date d'Accouchement:**Délai**

-ATCD:

-Gynéco obstétriques:

-Gestité : -Avortement spontané - GEU -Molle Hydatiforme

-Stérilité: non Iaire Iaire

-Myomectomie : oui non - Malf utérine : non oui → type :.....

-Fibrome : non Preavia non Preavia

-Autres :.....

-Médicaux :

-Diabète : non Personnel -HTA : non Personnel -Anémie : oui non

Familial Familiale

-Tbk : oui non -Rachitisme : oui non

-Autres :.....

-Chirurgicaux:

-Boiterie oui non -Traumatisme Pelvien : oui non

-Autres :.....

II)- GROSSESSE ACTUELLE :

-Suivie : non oui → CS Gyneco Généraliste -Date dernière CPN :... -Age gestationnel: SA

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

-Incidents : oui non

MAP -Métrorragie : 1er T 2èmeT 3ème T RPM prééclampsie

-Autres:.....

-L'examen clinique :

- EX général :

-TA : / cmHg - FC : bpm -T: °C -Taille: 1m cm -Poids : kg -IMC:

- Ex obstétrical :

-HU : cm -CU: / 10min -BCF : bpm

-PDE : intacte rompue → *durée *LA : C T M

-Bassin : normal anormal → Suspect Asymétrique

- Procidence du cordon : oui non

-Type du siege : siège complet décomplété

mode fesse mode pied

-Le reste de l'examen clinique :

.....

-L'examen paraclinique :

-Echo obstétrical : oui non -EPF g +/- g -BIP cm

-LA : Normal Anormal : → hydramnios / oligoamnios -Placenta bas inséré : oui non

-Flexion de la tête : Non précisé Intermédiaire Fléchie Défléchie

Autre :

III)- MODALITE D'ACCOUCHEMENT :

1)-DECISION DE CESARIENNE d'EMBLEE :

Déflexion de la tête Bassin rétréci Macrosomie BIP > 9,6 cm SFC

Autres

-Explorartion : malformation utérine, type :

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

2)-VB ACCEPTEE :

-TRAVAIL :

Spontané Déclanchement -Délai de la phase de latence : h -Délai de la phase active : h
 -Anomalies du travail : oui non Souffrance Stagnation délatation DEDC

-CESARIENNE SECONDAIRE :

SFA P.cordon Dilat. Stationnaire DEDC
 Autres :

-Exploration : malformation utérine, type :

-EXPULSION :

-Spontanée : oui non -Episiotomie -Ventouse
 -Manoeuvre obstétricale : Bracht Moriceau Lovset G.E.S
 -Délai entre dégagement siège et tête : min
 -Délivrance : naturelle spontanée dirigée -Cordon : long court
 -Accouchement fais par : médecin sage-femme

-COMPLICATION :

Rétention de la tête dernière Relèvement des bras Rotation du dos en arrière
 Autres :

IV)- ETAT DU NNE A LA NAISSANCE :

Vivant Mort né Apgar : 1min : /10 5min : /10 -Poids de naissance : kg g
 Prématurité : DS
-Complication :
 SFA Hématome Lésion traumatique → Type :

-Evolution :
 Favorable Décès :
 Transfert en néo nat → pour :

Evolution :

Durée d'hospitalisation : jrs

Pronostic de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, à propos de 120 cas colligés au service de gynécologie obstétrique B au CHU Mohammed VI de Marrakech

V)-SUITES DE COUCHE :

Cps maternelles: oui non

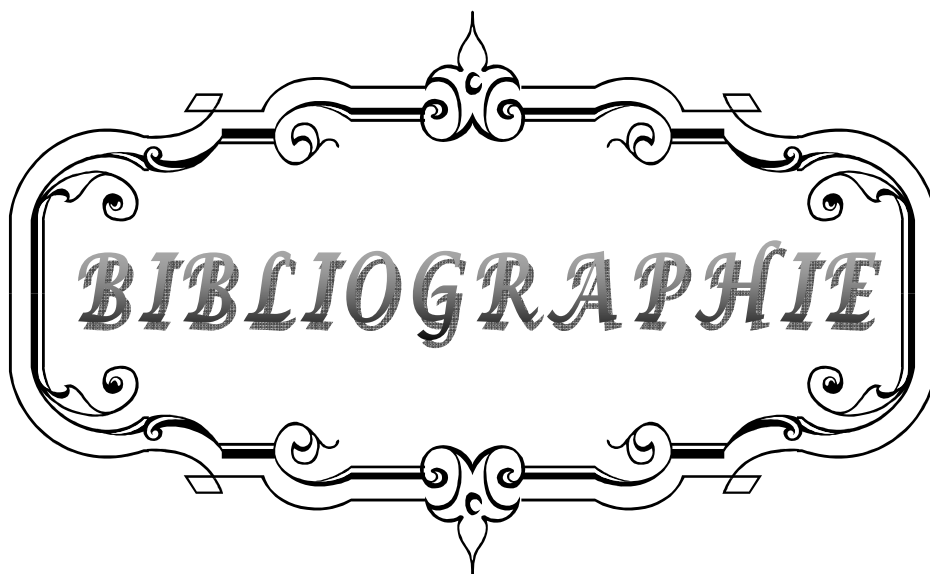
-type:.....

-Evolution : favorable décès

défavorable

Type :

Durée d'hospitalisation : jrs



BIBLIOGRAPHIE

01. J DELOTTE ET LEON BOUBLI

Accochement du siège: quel est le débat?

2007. Disponible sur : (http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1090) (consulté le 14.03.2012).

02. MOUNCHIT

Etude prospective de la présentation du siège à l'hôpital HASSAN II de Settat

Thèse Médecine 2002 n° 281

03. BENKARIM

Accouchement en présentation du siège au service de Gynécologie Obstétrique<< A>> durant la période 1999–2002

Thèse Médecine Casablanca 2005, n°16

04. DE LEEUW JP, DE HAAN J, DEROM R, THIERY MVAN MAEL G, MAETENS G

Indications for cesarean section in breech presentation

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 79:131–137

05. ERKAYA S, TUNCER R.A, KUTLAR İ, ONAT N, ERÇAKMAK S

Outcome of 1040 consecutive breech deliveries :clinical experience of a maternity hospital in Turkey

Int J Gynecol Obstet 1997;59:115–118

06. EZRA Y, MCPARLAND P, FARINE D

High delivery intervention rates in nulliparous women over age 35

Eur J Obstet Reprod Biol 1995;62:203–207

07. SIBONY O, LUTON D, OURY J-F, BLOT P

Six hundred and ten breech versus 12,405 cephalic deliveries at term: is there any difference in the neonatal outcome

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003 ;107:140–144

08. BELMABKOUT

L'accouchement du siège chez la primipare

Thèse de médecine N° 276, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca (2007)

09. BRIAN C

Effect of fetal presentation on the amniotic fluid index

Am J Obstet Gynecol 1999; 181:1222-4

10. MACNAB Y , MACDONALD J, TUK T

Risques de la maternité à un âge avancé

Rapports sur la santé, automne 1997 :9(2)

11. GOLDMANJ, ET ALL

Impact of maternal age on obstetric outcome

Obstet Gynecol 2005. 105:(5)

12. DESCARGUES D, DOUCET S, MAUGER-TINLOT F GRAVIER A, LEMOINE J-P, MARPEAU L

Influence du mode d'accouchement de la présentation du siège chez la primipare à terme sélectionnée

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ;30 :644-673

13. D.E. BROCHE, R. MAILLET, V. CURIE, R. RAMANAH, J.-P. SCHAL, D. RIETHMULLER,

Accouchement en présentation du siège

EMC 5-049-L 40 (2008)

14. LAM M, CHAN L, WONG S, TAM W, LAU T

Relationship between maternal pelvic parametrs and idiopathic term breech presentation

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;118:267-268

15. MICHALAS SP

Outcome of pregnancy in women with uterine malformations

J Obstet Gynecol 1991; 35(3): 215-219

16. PONCELET C, AISSAOUI F

Malformations utérines et reproduction

Gynecol Obstet Fert 2007 ;35 :821-825

17. SAVEY L, LE TOHIC A

Malformations utérines

Encycl Med Chir Gynecol 123-A-10

18. GRALL J-H, DUBOIS J, MOQUET P-Y, POULAIN P, BLANCHOT J, LAURENT M-C

Présentation du siège

Encycl Méd Chir Obstet 5-049-L-40

19. SEKULIC S.R, VULETA P, VULETA D

Breech presentation and tossing o coin : heads or tails

Medical Hypotheses 2003;60(2): 218-224

20. RONGIERS C

Epidémiologie du fibrome utérin : facteurs de risques et fréquence

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ;28 : 701-

21. CORNADO G, MARSHALL L, SHWARTZ S

Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: A populalation based study.

Obstet Gynecol 2000; 95:764-69

22. CHAUVEAUD-LAMBLING A, FERNANDEZ H

Fibrome et grossesse

Encycl Méd Chir Obstet 5-047-R-10

23. CASTAIGNE V, PICONE O, FRYDMAN R

Accouchement prématuré

Encyclo Méd Chir Obstet 5-035-A-30

24. ROBERTS C, ALGERT C, HENDERSON-SMART D

Small fetal size: a risk factor for breech birth at term

Int J Gyneco Obstet 1999; 67:1-8

25. DJADOU K, SADZO- HETSU K, TATAGAN-AGBI K ASSIMADI K, SADZI K, LAPILLONE A

Paramètres anthropométriques , influence et facteurs de risque du retard de croissance intra-utérin chez les nouveau- nés à terme dans la région du Nord -Togo

*Archives de pédiatrie*2005 ;12 :1320-26

26. QUARCHIL

Accouchement en présentation du siège au service de Gynécologie
Obstétrique << B>> aspect épidémiologique et pronostic

Thèse Médecine N° 136, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca (2004)

27. RAYL J, GIBSON J, HICKOK D

A population - based case -control study of risk factors for breech presentation

Am J Obstet Gynecol 1996;174:28-32

28. TAYLOR S

La césarienne a-t-elle une indication en cas de presentation de siege?

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ;29(supp n° 2) :30-39

29. ALBRECHTSEN S, RASMUSSEN S, REIGSTAD H MARKESTAD T, IRGENS L M , 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

30. LGSSIAR

Accouchement en présentation du siège dans l'hôpital IBN TOFAIL de Marrakech durant la période 2000-2001

Thèse Médecine 2002 n° 286

31. LANGER B, NOODIER E

CAT devant une presentation du siège

Mise à jour en Gynecol Obstet 1996 : 163-203

32. BOOG G

Placenta praevia

Encycl Méd Chir Obstet 5-069-A-10

33. MODUPE O, TRUNDE-BYASS, HANNAH M

Breech vaginal delivery at or near term

Seminars in Perinatology 2003; 27(1):34-45

34. SEFFAH J.D, ARMAH J.O

Antenatal ultrasonography for breech delivery

Int J Obstet Gynecol 2000;68:7-12

35. ANDREW KOTASKA, MD, YELLOWKNIFE NT, SAVAS MENTICOGLU, MD, WINNIPEG MB, ROBERT GAGNON, MD, MONTREAL QC,

Vaginal delivery of breech presentation

International Journal of Gynecology and Obstetrics 107 (2009) 169-176

36. MAILLET R, SCHAAL J.P, RIETHMULLER D

Accouchement en présentation du siège : plaidoyer pour la voie basse

XIVe JTA en gynécologie obstétrique ,Janvier 1999

37. D.E. BROCHE, R. RAMANAH, A. COLLIN, M.MANGIN, C. VIDAL, R. MAILLET, D. RIETHMULLER,

Présentation du siège à terme: facteurs prédictifs de césarienne en cours du travail

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 483-492

38. ROMAN H , CARAYOL M, WATIER L , LE RAY C, BREART G, GOFFINET F

Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: prenatal determinants predictive of elevated risk of cesarean delivery during labor

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007

39. ROZENBERG P

Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXI^e siècle ?

Gynecol Obstet Fert 2007 ; 35 : 6-12

40. VENDITTELLI F, PONS J.C, LEMERYBD, MAMELLE N

The term breech presentation : neonatal results and obstetric practices
in France

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006 ; 125: 176-184

41. FAIT G, DANIEL Y, LESSING J.B, BAR-AM A, GULL I KUPFERMIC M.J

Breech delivery: the value of X- ray pelvimetry

Eur J Obstet Gynecol Reprod 1998;78:1-4

42. P.ROZENBERG

Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXIe siècle ?

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 6-12

43. ABU-HEJJA A, ABDELHAI MA

Is breech presentation in nulliparous women at term an absolute indication for cesarean section?

Ann Saudi Medicine 2001; 21(3-4):190-192

**44. HORACE ROMAN, MARION CARAYOL , LAURENCE WATIER, CAMILLE LE RAY A,
GE´RARD BREART , FRANCOIS 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 138 (2008) 14-22

**45. E. LAGRANGE, M. AB DER HALDENA, S. UGHETTOB, C. BODAA, M. ACCOCEBERRYA, C.
NEYRATA, C. HOULLEA,**

F. VENDITTELLI, H. LAURICHESSE-DELMAS, B. JACQUETIN, D. LEMERY, D. GALLOT

Accouchement du siège par voie vaginale :

évolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 757-763

46. MABIALA - BABELA J, MATIGNOU V , SENG P

Facteurs de risque de petit poids de naissance à Brazzaville, Congo

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007

47. ALTUNCU E, KAVUNCUOĞLU S, ÖZDEMİR GÖKMIZRA P, ALBAYARK Z, ARDUÇ A

The incidence of low birth weight in 5000 liveborn infants and the etiology of fetal risk factors
Marmara Medical Journal 2006; 19(2):46-5

48. MEYE J , MAYI S, ZUE A , BEKA T, KENDJO E, OLE B

Pronostic néonatal de l'accouchement par les voies naturelles du fœtus en présentation du siège à la Maternité Joséphine Bongo de Libreville
Cahiers d'études et de recherches francophones 2003 ;13(2) :81-4

49. FOIX- L'HELIAS L, ANCEL P-Y

Facteurs de risque de prématurité en France et comparaison entre prématurité spontanée et prématurité induite
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ;29 :55-65

50. DEMOL S, BASHIRI A, FURMAN B, MAYMON E SHOHAM-VARDI I, MAZOR M

Breech presentation is a risk factor for intrapartum and neonatal death in preterm delivery
Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 93:47-51

51. MALHOTRA D, GOPLAN S, NARANG A

Preterm breech delivery in a developing country
Int J Gynecol Obstet 1994;45: 27-34

52. HERBEST A, KÄLLEN K

Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;133:25-29

53. J. DELOTTE, C. TRASTOUR, A. BAFGHI, I. BOUCOIRAN, L. D'ANGELO, A. BONGAIN

Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur score d'Apgar et les transferts en néonatalogie
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2008) 37, 149-153

54. A.BARBIER, O. POUJADE, R. FAY, O. THIEBAUGEORGES, M. LEVARDON, B. DEVAL,

La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 101-106

55. VENDITTELLI F, GALLOT D

Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ;35(supp au n° 1) 1S12- 1S23

56. F.VENDITTELLI, D.GALLOT

L'épisiotomie : Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?

J Gynecol Obstet Biol Reprond 2006; 35 (suppl. au n°1): 1S12-1S23

57. NORAIHAN MOHD. NORDIN

An audit of singleton breech deliveries in hospital with a high rate of vaginal delivery

Malaysian Journal of Medical Sciences, Vol. 14, No. 1, January 2007 (28-37)

58. HANNAH M, HANNAH W, HEWSON S, HODNETT E, SAIGAL S, WILLIAM A

Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech

presentation at term: a randomised multicenter trial

Lancet 2000 ;356:1375-83

59. DUFOUR P

Présentation du siège : les derniers jours de la voie basse ?

Gynecol Obstet Fertil 2001 ; 29 :337-8

60. ALARAB M, REGAN C, O'CONNELL M P, KEAN D P O'HERLIHY C, FOLEY M E

Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option

Obstet Gynecol 2004; 103:407-12

61. BASSAW B, RAMPERSAD N, ROOPNARINESINGH S SIRJUSINGH A

Correlation of fetal outcome with mode of delivery for breech presentation

J Obstet Gynaecol 2004; 24(3): 254-58

62. CARAYOL M, BLONDEL B, ZEITLIN J, BREART G GOFFINET F

Changes in the rates of cesarean delivery before labour for breech

presentation at term in France : 1972-2003

Euro J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;132(1):20-26

63. VENDITTELLI F, RIVIERE O, PONS J-C, MAMELLE N

La présentation du siège à terme : évolution des pratiques en France et analyse des résultats néonataux en fonction des pratiques obstétricales, à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ;31(2)

64. GILBERT W, HICKS S, BOE N , DANIELSON B

Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California:A population based study
Obstet Gynecol 2003; 102:911-7

65. SOGC

Déclaration de principe : consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation de siège à terme .N° 31, Novembre 1999

66. RIETHMULLER D, COURTOIS L, MAILLET R

Pratique libérale versus restrictive de l'épisiotomie : existe-t-il des indications obstétricales spécifiques de l'épisiotomie ?
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35(sup au n°1) :1532-1539

67. RAUDRANT D, VAUDOYER F, GOLFIER F, CHAMPION F

L'accouchement du siège à terme : place de la césarienne systématique
JTA en gynécologie obstétrique 1999

68. KAYEM G, GOFFINET F, CLMENT D, HESSABI M,CABROL D

Breech presentation at term : morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;102:137-142

69. KREBS L, LANGHOFF- ROOS J ELECTIVE CESAREAN DELIVERY FOR TERM BREECH

Obstet Gynecol 2003; 101:690-6

70. AREN J VAN LOON, ALBERT MANTINGH, ELVIRA K SERLIER, GERARD KROON, EDUARD L MOOYAART, HENK J HUISJES

Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term
International Journal of Obstetric Anesthesia (2009) 18,328-334

71. BUJOLD E, TAILLEFER C

Le fœtus en présentation de siège

Le Médecin du Québec 2006 ; 41(3)

72. VENIZA Y, BUJLUD E, VARIN J, MARQUETTE G, BOUCHER M

Cesarean delivery after successful external cephalic version of breech presentation at term: a comparative study

Am J Obstet Gynecol 2004 ;190:763-8

73. BEN-ARIE A, KOGAN S, SCHACHTER M, HAGAY Z. JINSLER V

The impact of external cephalic version on the rate of vaginal and cesarean breech deliveries : a 3- year cumulative experience

Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995;63:125-29

74. EZRA Y, ELRAM BMSC T, PLOTKIN V, ELCHALAL U

Significance of success rate of external cephalic versions and vaginal breech deliveries in counseling women with breech presentation at term

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;90:63-66

75. FEKIH MYRIAM, LANDOLSI HAITHAM, MERCHAOUI SONIA, FATHALLAH KHADIJA, BIBI MOHAMED, SBOUI HASSEN, KHAIRI HEDI

Influence of the delivery mode in primiparas term breech presentation on the obstetric and perinatal outcomes: Results of the management of 536 singleton pregnancies

doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.09.080

76. SANCHEZ- RAMOS L, WELLS T, ADAIR C, ARCELIN G KAUNITZ A, WELLS D

Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes

Int J Gynecol Obstet 2001;73:7-14

77. HAMOTAHRA

Les facteurs pronostic de la présentation du siège

Thèse Médecine 2005 n° 279

78. SCHIFF E, FRIEDMAN S, MASHIACH S, HART O, BARKAI G, SIBAI B

Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries seven-year experience at single center

Am J Obstet Gynecol 1996;175:18-23

79. 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;98:186-192

80. DIRO M, PUANGSRICHAREN A , ROYER L, O'SULLIVAN M BURKETT G

Singleton term breech deliveries in nulliparous and multiparous women: A 5 year experience at the University of Miami / Jackson Memorial Hospital

Am J Obstet Gynecol 1999;181:247-52

81. KOO M, DEKKER G, VAN GEIJN H

Perinatal outcome of singleton term breech deliveries

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 78: 19-24

82. MOLKENBOER M , ROUMEN E, SMITS M, NIJHUIS G

Birth weight and neurodevelopmental of children at 2 years of age after Planned vaginal delivery for breech presentation at term

Am J Obstet Gynecol 2006;194:624-9

83. WYTE ET COLL

Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal presentation at term : the international randomized term breech trial

Am J Obstet Gynecol 2004;191:864-71

84. MÜNSTEDT K, GEORGI R, REUCHER S, ZYGMUNT M, LANG U

Term breech and long-term morbidity - cesarean section versus vaginal breech delivery

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;96:163-167

85. HALMESMÄKI E

Vaginal term breech delivery- a time for reappraisal?

Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:187-190

86. YAMAMURA Y, RAMIN K, RAMIN S

Trial of vaginal breech delivery : current role

Clin Obstet Gynecol 2007; 50(2)

87. PARANT O , REME J, MONROZIES X

Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie

Encycl Med Chir Obstet 5-078-A-10



اقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأَفَّةِ أَدْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنْ
الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ،
وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، أُسَخِّرُهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْنَعُنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ
وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد





جامعة القاضي عياض كلية الطب و الصيدلة مراكش

أطروحة رقم: 26

سنة 2013

**تكهن وضع المجيء المقعدي عند المنجبة الأولية، عن 120
حالة تم تجميعها في مصلحة طب النساء والتوليد "ب"
بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش**

الأطروحة

قدمت ونوقشت أمام العموم يوم .../.../2013

من طرف

عمر بوعلوشا

المزداد بتزنيت في 9 يونيو 1986

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

المنجبة الأولية - المجيء المقعدي - الوضع المهبلي - المراضية - حالات الوفاة.

اللجنة

الرئيس

السيد **ح. أسموكي**

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

المشرف

السيد **ع. سماتي**

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد **ع. أبو الفلاح**

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد **أ. غ. الأديب**

أستاذ مبرز في طب التخدير والإنعاش

السيد **م. بوروس**

أستاذ مبرز في طب الأطفال

الحكام

