

Université Badji Mokhtar Annaba

Faculté de médecine Annaba

LA PRESENTATION DU SIEGE

Cours élaboré par : H. Aouras

Cours destiné aux étudiants 5^e année médecine

Module de gynécologie obstétrique

Année universitaire 2017 - 2018

Plan du cours

1. Introduction

2. Intérêt de la question

3. Description générale

- 3.1. Fréquences
- 3.2. Modalités de la présentation du siège
- 3.3. Variétés de position

4. Etiologies

- 4.1. Causes maternelles
- 4.2. Causes ovulaires

5. Etude clinique

- 5.1. Pendant grossesse
- 5.2. Pendant le travail

6. Diagnostic différentiel

7. Mécanisme de l'accouchement

- 7.1. Mécanique obstétricale
 - 7.1.1. Accouchement du siège
 - 7.1.2. Accouchement des épaules
 - 7.1.3. Accouchement de la tête dernière
- 7.2. Accidents possibles
- 7.3. Phénomènes plastiques

8. Conduite à tenir devant une présentation du siège

- 8.1. Pendant grossesse
- 8.2. Pendant le travail
- 8.3. Au cours de l'expulsion

9. Pronostic

- 9.1. Pronostic maternel
- 9.2. Pronostic fœtal

10. Conclusion

11. Référence bibliographique

OBJECTIFS :

- ☐ Définir les types de présentation de siège.
- ☐ Identifier les étiologies les plus courantes.
- ☐ Décrire les caractéristiques cliniques de cette présentation.
- ☐ Expliquer la mécanique obstétricale de l'accouchement de la présentation du siège.
- ☐ Décrire la conduite à tenir pendant l'accouchement par le siège.
- ☐ Connaître les manœuvres d'extraction fœtale et leurs indications.
- ☐ Déterminer les éléments essentiels du pronostic de l'accouchement par le siège
- ☐ Décrire les problèmes obstétricaux spécifiques de la présentation de siège ;

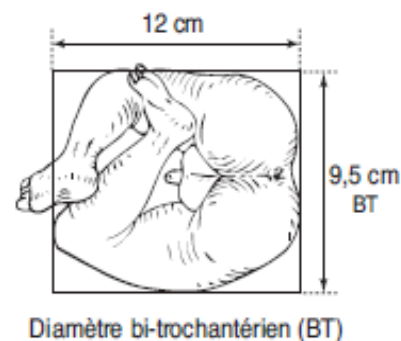
1. Définition

La présentation du siège (ou présentation podalique) est une présentation longitudinale, dans laquelle le fœtus présente au détroit supérieur(DS) du bassin maternel son extrémité pelvienne alors que son extrémité céphalique se trouve au niveau du fond utérin.

2. Intérêt de la question

La présentation du siège est théoriquement eutocique puisque ses différents diamètres sont compatibles avec la filière pelvi génitale, (le bi-trochantérien mesure 9,5 cm ; le sacro-tibial et le bi-acromial se tassent et le sous occipito-frontal mesure 11 cm).

Mais elle constitue une éventualité défavorable car elle peut comporter des risques graves pour le fœtus au moment de l'accouchement (risques de déflexion de la tête, de relèvement des membres, accrochage du menton).



3. Description générale

3.1. **Fréquence** : elle représente 3 à 4% des accouchements de singletons. Ce taux est à moduler en fonction du terme de l'accouchement et nombre de fœtus in utero.

3.2. Modalités

On lui décrit deux modes principaux.

- ☐ Le siège décompleté " mode des fesses" : où les membres inférieurs du fœtus sont en extension devant le tronc amenant les pieds à hauteur de la tête fœtale. Cette modalité, plus fréquente chez la primipare, est rencontrée dans 2/3 des cas.
- ☐ Le siège complet: dans ce cas, le fœtus est assis en tailleur au-dessus du DS, les jambes sont très fléchies sur les cuisses elles-mêmes fléchies sur le bassin. Il représente moins d'un tiers des présentations podaliques (<1/3 cas), plus volontiers chez la multipare.

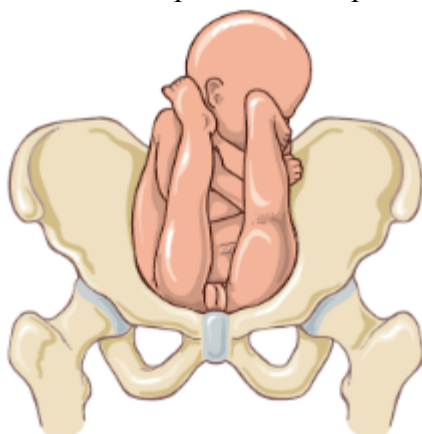


Figure2 : siège complet

D'autres modalités existent mais sont très rares :

- ☐ le siège semi décomplété : un des membres inférieurs est en extension devant le fœtus, l'autre en flexion.
- ☐ le siège décomplété mode des pieds où le fœtus est « debout », rencontrée essentiellement en cas de grande prématurité.

Figure3 : siège complet

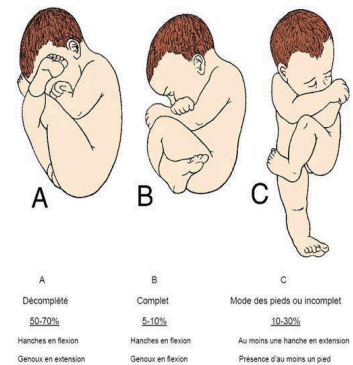


Figure4 : Siège mode pieds

3.3. Variétés de position

Le repère de la présentation est le sacrum. La position de ce repère par rapport au détroit supérieur détermine la variété de position, ainsi on distingue par ordre de fréquence :

- ☐ Sacro-iliaque gauche antérieur (SIGA) ;
- ☐ Sacro-iliaque droite postérieur (SIDP) ;
- ☐ Sacro-iliaque gauche postérieur (SIGP) ;
- ☐ Sacro-iliaque droite antérieur (SIDA) ;

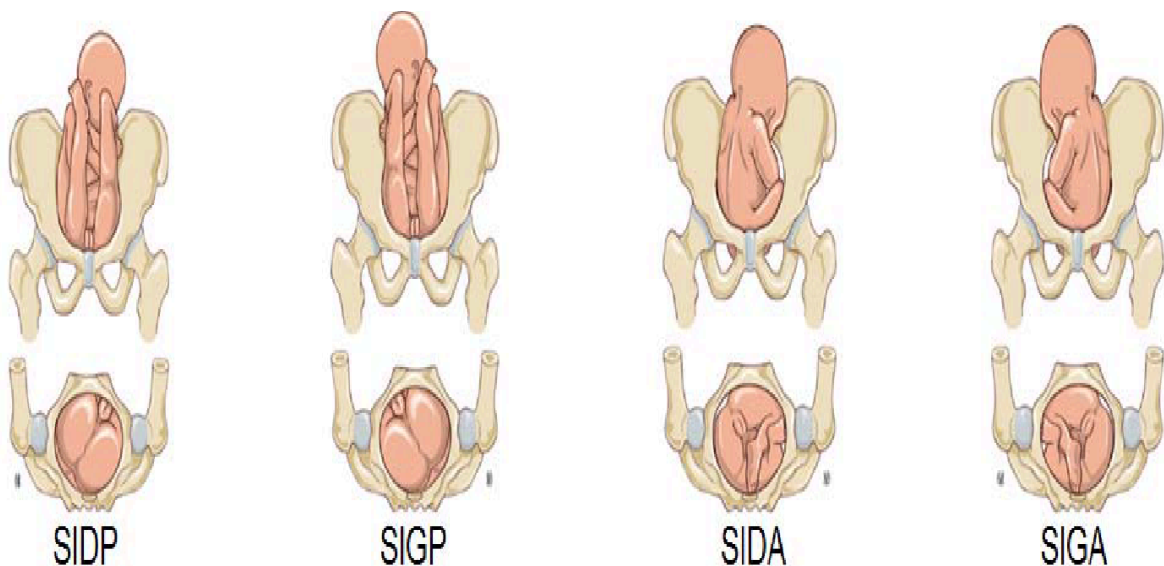


Figure 5 : Les différentes positions du fœtus par rapport au bassin maternel I (vue périnéale).

4. Etiologies

Dans les conditions habituelles de la grossesse à terme, le fœtus effectue une mutation spontanée entre 32 et 36 SA en rapport avec la loi d'adaptation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) et à la modification de forme de l'utérus gravide avec la formation du segment

inférieur, de façon à ce que le pôle fœtal le plus volumineux occupe la partie la plus large de l'utérus. La présentation du siège est donc la conséquence d'un défaut d'accommodation dont les origines peuvent être fœtales, maternelles ou ovulaires.

4.1. Causes maternelles

- **Causes utérines**

- ☐ **Causes Congénitales :**

- Hypoplasie avec cavité cylindrique [50 % de siège chez les primipares]
- Utérus malformé (unicornes, didelphe) : 5 % des cas

- ☐ **Causes acquises :**

- Utérus de multipare hypotonique et trop vaste,
- primipare âgée, (utérus hypertonique),
- Fibrome du fond utérin déformant la cavité utérine.

- **Causes pelviennes**

- Tumeur prævia ‘kystes, fibromes’
- Rétrécissement pelvien

4.2. Causes ovulaires

- **Causes annexielles**

- Anomalies du liquide amniotique” Insuffisance de liquide amniotique (oligo-amnios) ou excès de liquide amniotique (hydramnios)”, agit en gênant toute accommodation et limite la mobilité fœtale.
- Grossesse gémellaire : les fœtus s’adaptent l’un à l’autre plus qu’à la cavité utérine.
- La brièveté du cordon : primitive ou secondaire (circulaire, bretelles), elle réduit la mobilité fœtale.
- Placenta prævia.

- **Causes fœtales**

- Hydrocéphalie,
- Hyperextension de tête (déflexion dépassant ‘l’attitude militaire’),
- Pré maturité.

Malgré tout dans 9/10 cas, il n’y a pas d’explications à la présentation du siège.

5. Etude clinique

Le diagnostic de présentation doit être clairement établi à la consultation du huitième mois, avant l'accouchement. Ce diagnostic précoce permet de réunir calmement tous les éléments de nécessaires à l'évaluation du pronostic de la confrontation céphalo -pelvienne et au choix de la voie d'accouchement.

5.1. Pendant grossesse

❖ Interrogatoire : peut révéler

- Un antécédent d'accouchement par le siège, ce qui doit alerter l'examineur.
- La notion de fibrome utérin préexistant à la grossesse.
- La patiente peut décrire au moment de la consultation une gêne voire une douleur sous-costale, correspondant à la compression locale exercée par le pôle céphalique du fœtus.

❖ Examen clinique : retrouve

- **Inspection:** retrouve un utérus développé dans le sens longitudinal (à grande axe vertical).
- **Palpation:**

☐ Au niveau de la région sus pubien :

Le palper bi-manuel méthodique, perçoit :

- ✓ une masse volumineuse, à contour irrégulier et de consistance plus ou moins molle quand il s'agit d'un siège complet.
- ✓ un pôle mou, plus rond et plus régulier en cas de siège décomplété.

☐ au niveau du fond utérin:

On perçoit un pôle régulier, dur, arrondi qui ballotte facilement entre les deux mains et séparé du dos par un sillon du cou, correspond à la tête.

☐ Au niveau du plan latéral de l'utérus :

La palpation met en évidence un plan convexe, uniforme et régulier qui correspond au plan du dos, il est séparé du pôle céphalique par une dépression : le sillon du cou.

• A l'auscultation:

On perçoit un foyer des BCF situé au-dessus de l'ombilic

• Le toucher vaginal

Il permet d'apprécier, outre l'état du col, le degré d'ampliation du segment inférieur mais est peu précis pour déterminer la présentation, devant une excavation pelvienne souvent vide .

- **Examens complémentaires**

Au moindre doute, une échographie est effectuée pour confirmer le type de présentation et de recueillir également les facteurs pronostiques pour décider la voie d'accouchement.(une déflexion permanente de la tête ,une biométrie fœtale , localisation du placenta, quantité du liquide amniotique...etc).

5.2.Pendant le travail

Le diagnostic repose sur les données du toucher vaginal.

- **Avant la rupture des membranes :** Le toucher vaginal effectué avec prudence est peu précis, on peut percevoir dans l'intervalle des contractions :

- ☐ une présentation molle sans suture ni fontanelle présentant un relief dur osseux à l'une de ses extrémités "la pyramides sacrées" .il s'agit de la présentation du siège décomplété.
- ☐ une présentation plus irrégulière comportant des petits membres orientés vers une présentation du siège complet.

Au moindre doute, une échographie de confirmation sera réalisée.

- **Après la rupture des membranes** et quand la dilatation est suffisante, le diagnostic est plus facile. Le toucher vaginal va différencier les deux formes anatomiques de la présentation du siège :

- ☐ Siège décomplété : les doigts perçoivent une masse molle et lisse correspondant aux fesses ; séparée en deux par le sillon inter-fessier, centrée par un orifice "l'anus" et présente un relief dur osseux en chapelet à l'une des extrémités "la pyramide sacrée" repère de la présentation.
- ☐ Siège complété : on perçoit l'un ou les deux pieds situés entre le siège et la paroi pelvienne, la variété de position est toujours repérée par le sacrum fœtal. La présentation est généralement plus haute et s'accompagne d'un défaut d'accommodation en début de travail.

6. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel peut se discuter cliniquement avec :

- ☐ un sommet déformé par une volumineuse bosse séro-sanguine,
- ☐ Une face fortement tuméfiée;
- ☐ Une anencéphalie.

L'échographie en salle de travail permet de redresser les données du toucher vaginal.

7. Mécanisme de l'accouchement de la présentation du siège

L'accouchement du siège se caractérise par 3 faits :

- ☞ Des 3 accouchements: siège, épaule, tête, c'est le dernier qui pose le plus de problème
- ☞ Le fœtus descend à rebrousse poils toutes ses aspérités peuvent s'accrocher sur le du bassin osseux (relèvement des pieds, des bras, de la tête derrière)
- ☞ Lors du passage dans la filière génitale le fœtus est comprimé une partie importante de sa masse sanguine est refoulée vers l'extrémité céphalique. Il en résulte une hyperpression au niveau des vaisseaux intracérébraux d'un fœtus souvent fragile, ce qui explique la fréquence des hémorragies cérébro-meningées.

7.1.Mécanique obstétricale

Il était classique de distinguer trois accouchements : celui du siège, celui des épaules et celui de la tête dernière avec pour chacun son mécanisme propre avec les 3 temps habituels (engagement, descente et rotation, dégagement). Actuellement, une conception un peu différente se dégage, dans la mesure où l'accouchement se déroule comme un bloc homogène. le moment du dégagement du siège est concomitant de l'engagement des épaules, le dégagement des épaules est concomitant à l'engagement de la tête. Ainsi, le déroulement de l'accouchement d'un siège se fait selon une phase continue sans à-coups, sans arrêt, ni retour en arrière.

Type de description: siège décomplété en SIGA

7.1.1. 1^{er} temps: Accouchement du siège

☐ Engagement

Il est précédé :

- ☐ d'une orientation du diamètre bi-trochantérien (9.5cm) dans un diamètre oblique du détroit supérieur du bassin de 12cm (le droit le plus souvent).
- ☐ d'un amoindrissement, en cas de siège complet, par tassement du diamètre sacro tibial

L'engagement proprement dit: le siège s'engage et franchit de façon facile, précoce et synclite le DS dans les sièges décomplétés mode des fesses mais il est plus laborieux dans les sièges complets.

☐ Descente et rotation

Dans l'excavation, le siège progresse en effectuant une rotation de (1/8^{ème} de cercle) qui amène le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du bassin et prolonge cette descente jusqu'à ce que la hanche antérieure se calé sous la symphyse pubienne. La hanche postérieure progresse balayant la concavité sacrococcygienne et toute la longueur du périnée postérieur.

☐ Dégagement

S'effectue par une sorte d'enroulement autour de la SP qui amène le dos franchement en avant et se poursuit suivant un axe fortement oblique vers le haut jusqu'à ce que les membres inférieurs se dégagent.

Ce temps est particulièrement spectaculaire en cas de siège décomplété car les membres inférieurs, en extension, retardent le dégagement des pieds.

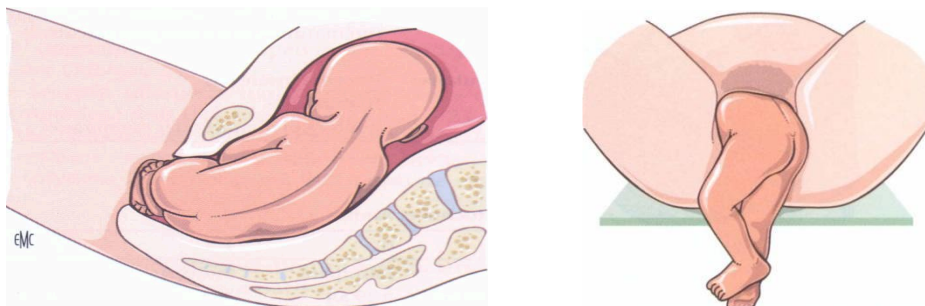


Figure 6. Accouchement du siège(EMC)

8. 2^e temps: Accouchement des épaules

☐ Engagement

Il précède d'une rotation qui place le diamètre bi acromial soit dans le diamètre oblique du DS déjà emprunté par le bi-trochantérien soit dans l'oblique perpendiculaire quand il s'agit d'une variété postérieure **dans les 2 cas le dos doit tourner en avant**

☐ Descente et rotation

La descente S'accompagne d'une seconde rotation

qui amène le bi acromiale souvent dans le diamètre transverse du DI, secondaire au mouvement d'enroulement du pôle pelvien dos en avant.



☐ Dégagement

Il se fait: en général, en transverse: le dos est orienté en avant et comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre en dehors de la vulve, mais quelquefois, selon l'axe antéropostérieur du détroit inférieur: le bras antérieur se calent sous la symphyse et le bras postérieur parcourt le périnée postérieur jusqu'à la vulve.

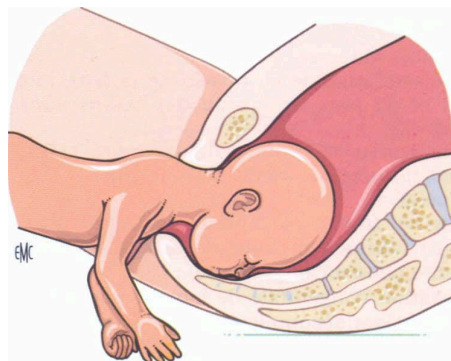


Figure 7. Accouchement en présentation du siège (accouchement des épaules. EMC)

3^e temps : Accouchement de la tête dernière

□ Engagement

Il est précédé d'une orientation du plus grand diamètre de la tête sous occipito-frontal (11cm) dans le diamètre oblique du DS perpendiculaire à celui emprunté par les épaules. L'engagement se fait en flexion, en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La rapidité du phénomène ne permet aucun modelage.

Descente et rotation

Dans l'excavation, la tête descend et tourne jusqu'à ce que l'occiput se place en avant sous la symphyse pubienne.

Dégagement

La tête se fléchit progressivement et le sous-occiput se fixe sous la symphyse servant de pivot, le menton, la face le front puis le crâne se dégagent successivement au niveau de la commissure vulvaire.

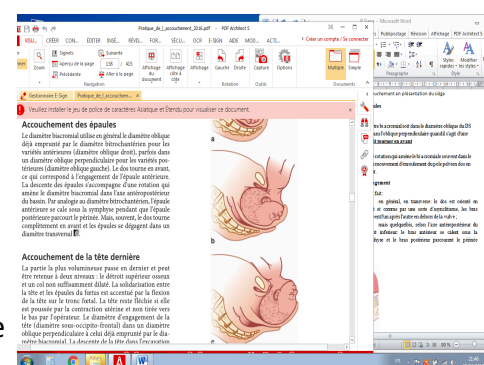


Figure 8. Accouchement du siège (Dégagement de la tête.EMC)

7.2. Accidents possibles

- Défaut d'engagement
- Rotation du dos en arrière
- Relèvement des bras du fœtus
- Rétention de la tête derrière par rétraction du col
- Une disproportion foeto-pelvienne.
- Déflexion de la tête primitive ou secondaire
- Dystocie dynamique avec stagnation de dilatation
- Procidence du cordon

Figure 8 : Accidents possibles lors de l'accouchement du siège.

Pour cela, on doit apprécier avant d'accepter la voie basse: la taille et la position de la tête, les dimensions du bassin et on veillera au cours du dégagement des épaules à la rotation du dos en avant .

7.3. Phénomènes plastiques

La bosse séro-sanguine siègera sur le siège (fesses et organes génitaux) et sur le talon si le siège est complet.

8. Conduite à tenir devant une présentation du siège

8.1. Pendant la grossesse :

Le diagnostic de siège étant évoqué cliniquement sera confirmé par l'échographie.

- **La version par manœuvres externes** : classiquement utilisée est en fait discutée (contre indiquée chez les primipares est inutile chez les multipares)
- **La césarienne de principe** : la césarienne systématique s'impose devant un :
 - bassin rétréci
 - placenta prævia
 - utérus cicatriciel ou mal formé
 - déflexion permanente de la tête fœtale
 - pathologie maternelle associée à la grossesse
 - macrosomie fœtale.

8.2. Au cours du travail

L'accouchement du siège doit se faire en présence d'un obstétricien, la surveillance armée est de règle :

- ☐ il faut établir un partogramme ,
- ☐ la poche des eaux doit être respecté jusqu'à la fin du travail ;
- ☐ suivre étroitement la progression du mobile fœtal et la dilation du col sous surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF).

8.3. Au cours de l'expulsion:

- ☐ pratiquer une épisiotomie systématique
- ☐ renforcer les contractions par une perfusion de syntocinon à dilatation complète
- ☐ surveiller la rotation du dos et les BCF
- ☐ éviter toute traction sur le corps fœtal.

Méthodes de Vermelin

Il s'agit d'un accouchement spontané, sous l'effet de la contraction utérine et les efforts expulsifs maternels « sans aucune intervention de l'accoucheur » le rôle de ce dernier consiste à observer l'accouchement et à recueillir l'enfant, il ne peut intervenir que lorsque l'expulsion se prolonge au-delà de 25 minutes.

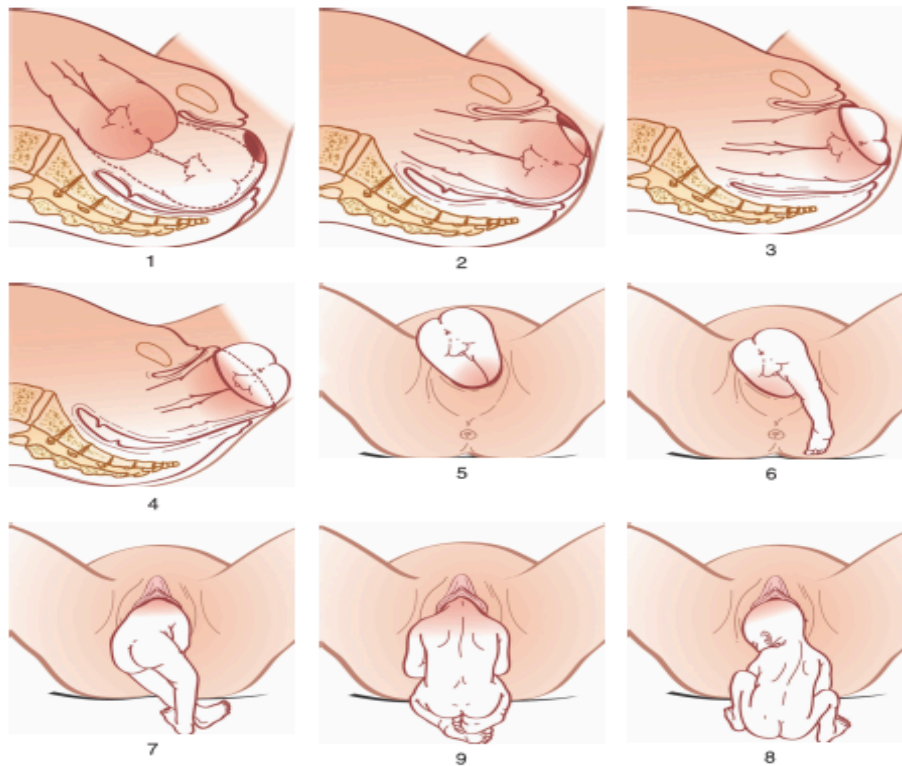


Figure9 : Expulsion spontanée du siège (méthode de Vermelin, EMC) .

7-2-3 Méthode interventionniste :

Les manœuvres pour extraction de la tête dernière

- **La manœuvre de BRACHT :**

Elle consiste à aider l'expulsion de la tête par une flexion douce du fœtus basculé vers le ventre de la mère.

Dès l'apparition des omoplates à la vulve, on saisit le siège à pleines mains en appliquant les pouces à la face interne des cuisses et les autres doigts sur les fesses puis on renverse progressivement le dos du fœtus sur le ventre de la maman **SANS traction.**

Figure10 : manœuvre de BRACHT

- **la manœuvre de MAURICEAU :** permet de traiter une rétention de la tête derrière par défaut de flexion ou de rotation.

On place le fœtus à cheval sur l'avant-bras. On laisse alors pendre un peu le fœtus pour voir sortir le bras antérieur, abdomen à cheval sur l'avant-bras, l'index et médus sont introduits dans la bouche du fœtus sur la base de la langue et on place ensuite l'autre main en « bretelle »

avec l'index et le médus de chaque côté du cou du fœtus. La manœuvre débute en appuyant sur la base de la langue comme pour amener le menton sur le sternum du fœtus (flexion de la tête). Dans le même temps de la flexion, il faut tourner la tête afin de l'orienter en occipito-pubien (rotation de la tête). Cette rotation est suivie d'une traction effectuée vers le bas, dans l'axe ombilico-coccygien.

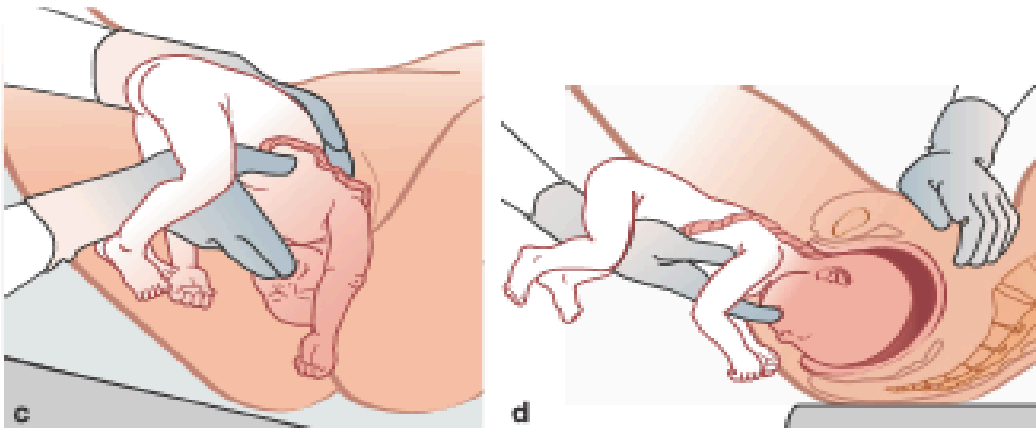
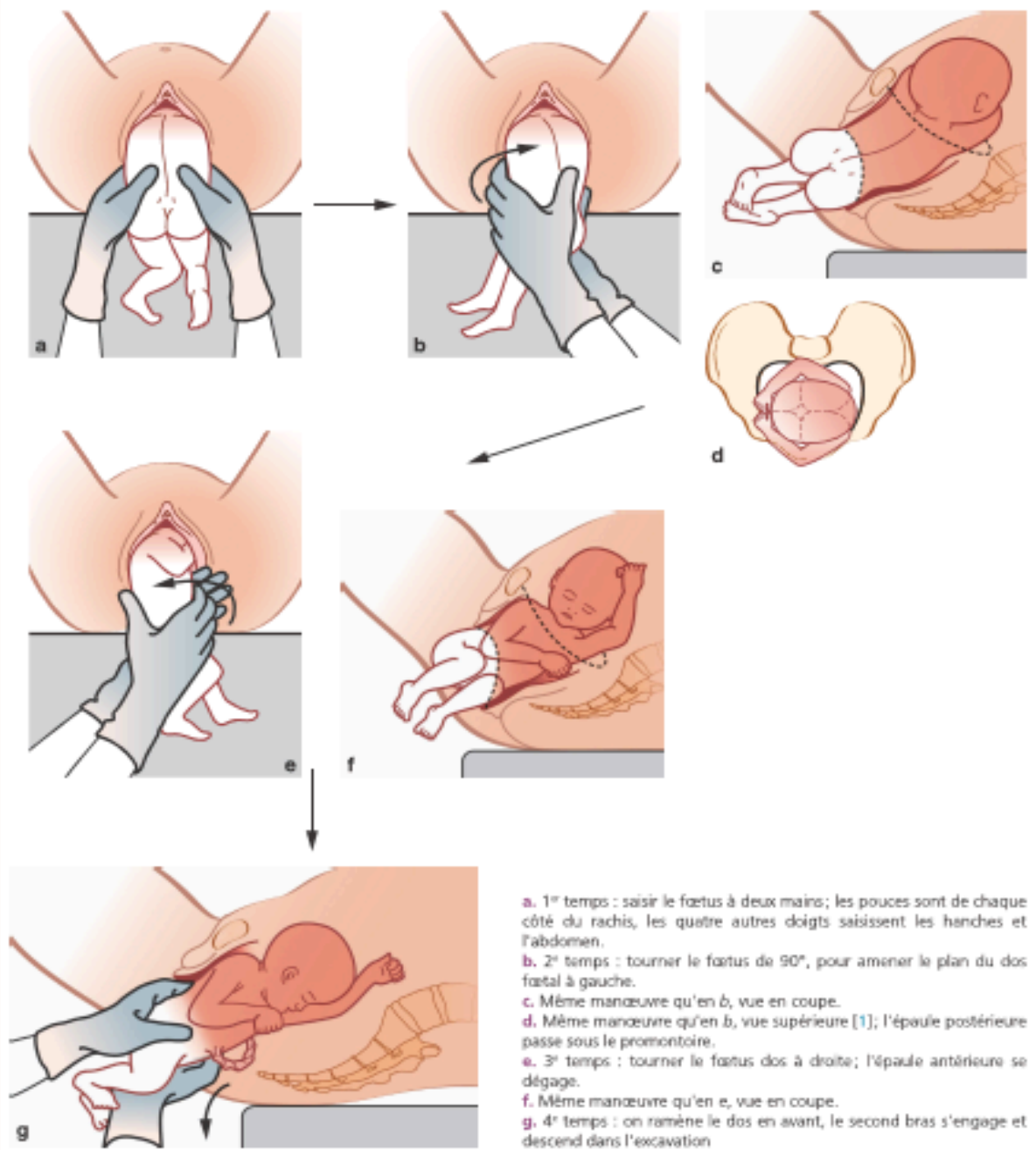


Fig. 10 : Manœuvre de Mauriceau

Manœuvre pour dégagement des bras :’’ Manœuvre de Lovset’’

Cette manœuvre est facile lorsque les bras sont fléchis, beaucoup plus difficile s'ils sont relevés .

L'ensemble des manœuvres d'abaissement de bras et l'aide à l'accouchement de la tête derrière constitue (**la petite extraction du siège**).

Planche 9.3. Accouchement par le siège. Manœuvre de lovset**Figure11 : manœuvre de Lovset (EMC)**

La grande extraction du siège: consiste à extraire l'enfant de bout en bout comporte :

- ☐ l'abaissement des pieds
- ☐ l'extraction du siège
- ☐ on engage les épaules
- ☐ on termine par les manœuvres de la petite extraction

La grande extraction du siège est réservée essentiellement pour l'extraction du 2^e jumeau, parfois elle peut être utilisée dans la grossesse mono-fœtale, en cas de procidence du cordon à dilatation complète.

9. Pronostic

9.1. Pronostic maternel

9.2. Pronostic fœtal:

- ☐ -La mortalité fœtale est plus élevée dans les accouchements par siège qu'en présentation céphalique
- ☐ morbidité : plus élevée dans l'accouchement en siège (20 %), elle due surtout aux manœuvres obstétricales lors de l'extraction artificielle :
 - hémorragie cérébro - méningé
 - traumatisme des membres supérieur ou inférieur
 - lésions des plexus ou de viscères

Plus tard chez les enfants nés par le siège on note une fréquence particulière d'épilepsie, retard psychomoteur et des difficultés scolaires .

10. Conclusion :

L'accouchement du siège apparaît comme un accouchement à risque dont l'issue reste incertain. Mais dans les circonstances les plus favorables, il ne doit jamais être improvisé ni subi, on doit le préparer et se trouvé en mesure de le contrôler du début à la fin.

11. Reference bibliographique

1. J.Dubois , J.Y.Grall : La présentation du siège . encycl. med. chir (Paris France) obstet 5026A10,4.12.05.13p
2. Dominique Cabrol, Jean Claude Pons, François Goffinet : traité d'obstétrique .édition Flammarion 2003 2^e tirage 2005 ,chapitre 87 p 821.
3. Jacques Lansac, Philippe Descamps, François GoffinetPratique de l'accouchement 6édition Elsevier Masson SAS2016
4. R.Merger, J.Lévy : Précis d'obstétrique. Masson 6édition 2001