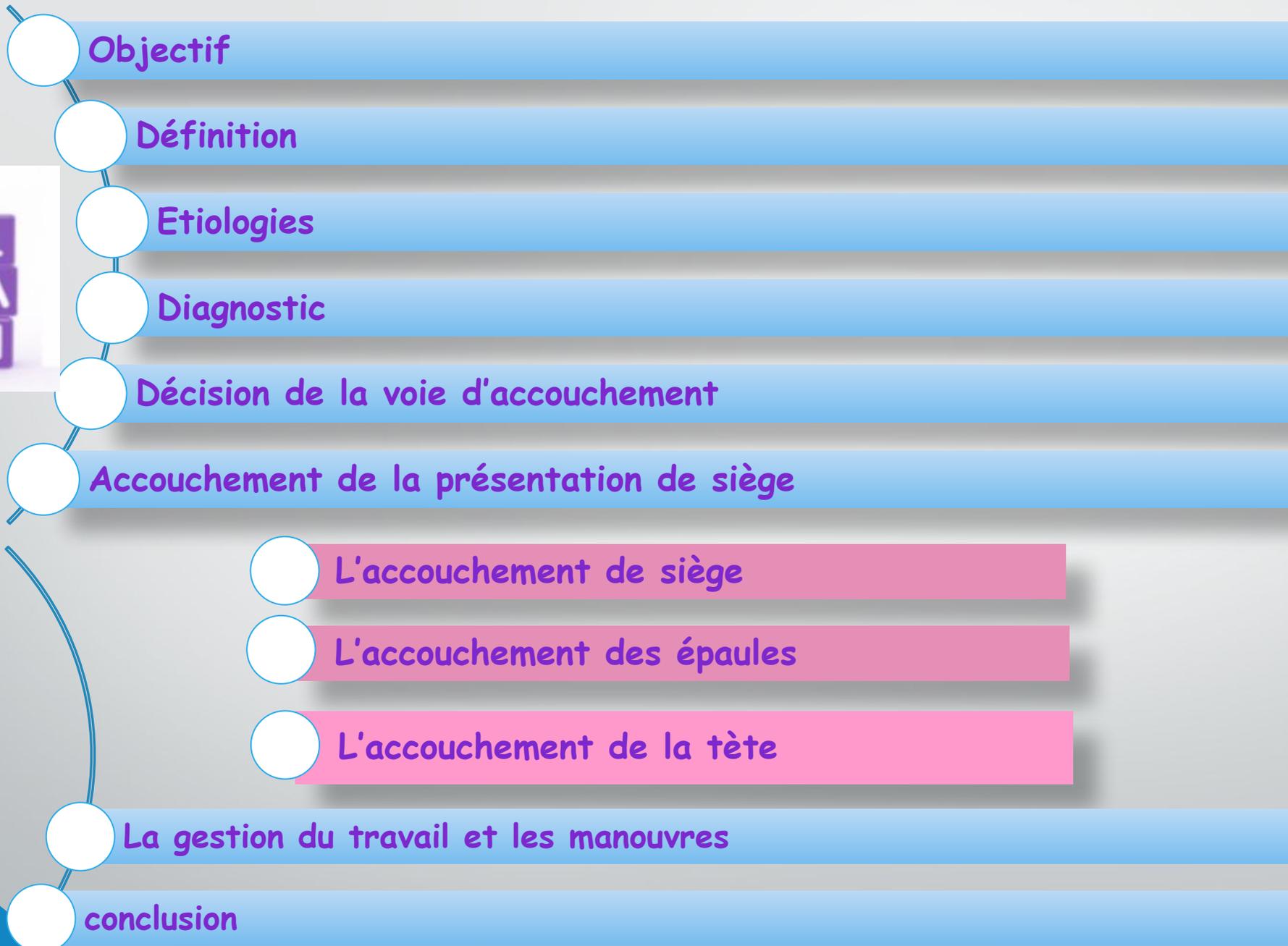


Présentation de siège



DR.I. Mehallaine
Maitre Assistante en
Gynécologie Obstétrique



Objectifs

- ✓ Savoir diagnostiquer la présentation du siège
- ✓ Connaître la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement



Définition

- présentation longitudinale théoriquement eutocique
- 3 à 4% des patientes



l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur (DS) du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin

Définition

Il existe 3 modalités de présentation.

- Le siège décomplété ou mode des fesses (2/3 cas) :

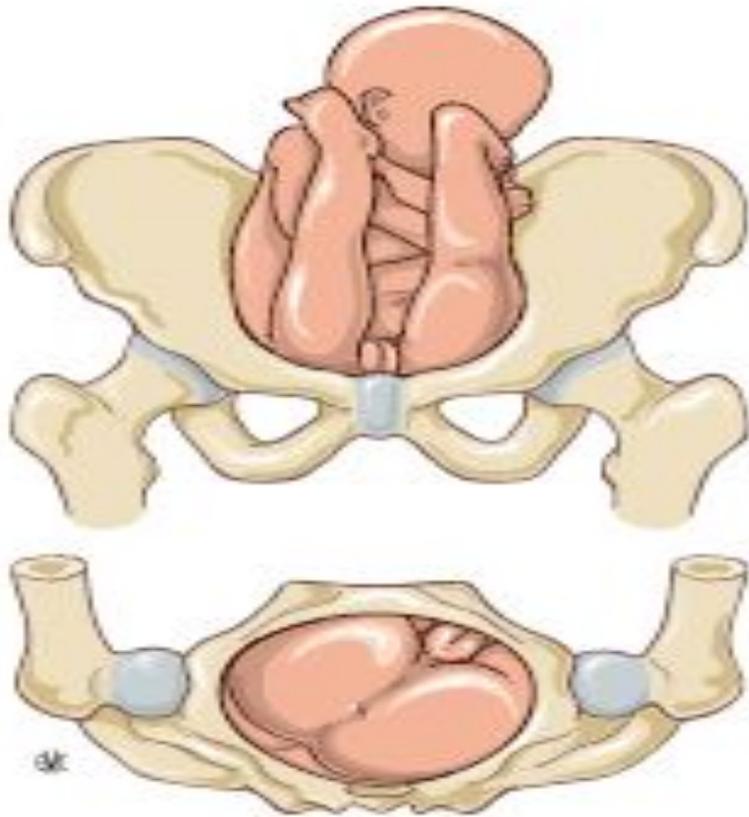
Les membres inférieurs du fœtus sont en extension devant le tronc amenant les pieds à hauteur de la tête fœtale.

- Le siège complet (<1/3 cas) :

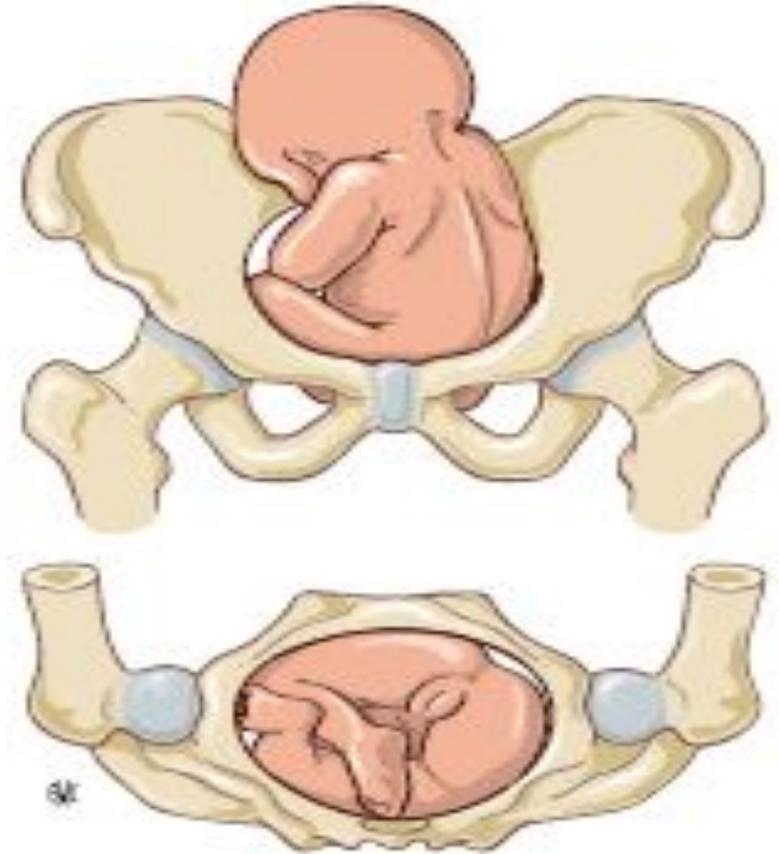
Le fœtus est assis en tailleur au-dessus du DS.

- Le siège semi-complet ou semi décomplété (rare) :

Un seul des membres inférieurs du fœtus est relevé devant le tronc



Siegge décomplété

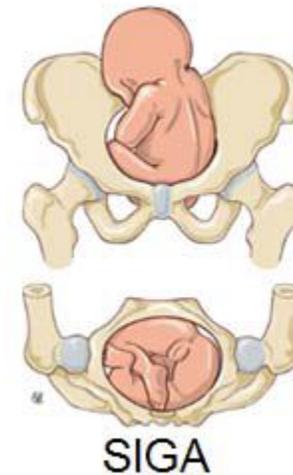
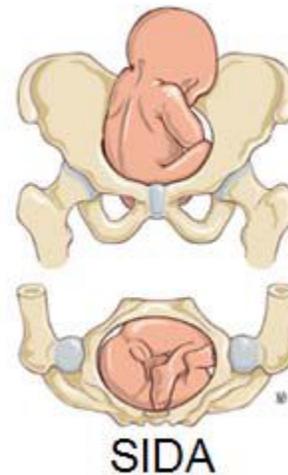
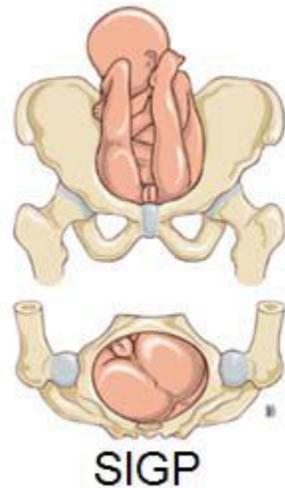
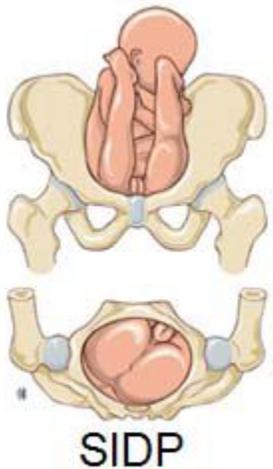
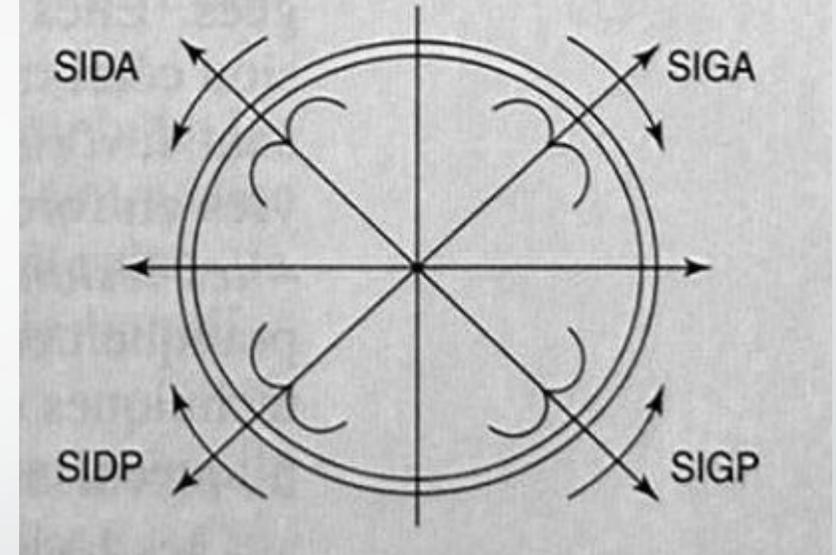


Siegge complet

Définition

Le sacrum est le repère de la présentation ,Quatre variétés de présentation sont définies :

- SIGA sacro-iliaque gauche antérieure
- SIDP sacro-iliaque droite postérieure
- SIGP sacro-iliaque gauche postérieure
- SIDA sacro-iliaque droite postérieure



Les étiologies:

Causes utérines

- ❖ Anomalies congénitales :
hypoplasie utérine,
malformations utérines
- ❖ Anomalies acquises :
multiparité (utérus vaste et hypotonique),
primipare âgée, (utérus hypertonique)
Tumeurs extrinsèques et intrinsèques

Causes ovulaires

- ❖ Anomalies de la quantité de liquide amniotique (LA)
Hydramnios (excès de LA qui distend l'utérus)
Oligoamnios (diminution du LA qui limite la mobilité foetale)
- ❖ Causes funiculaires :
brièveté du cordon primaire ou secondaire (qui entravent les mouvements foetaux et réduit sa mobilité)
Placenta prævia (qui fait obstacle à l'accommodation foetale)
- ❖ Grossesse multiple

Causes foetales

- ❖ Pré maturité
- ❖ Hyper extension de la tête

Diagnostic

Clinique +++

L'interrogatoire :

- ATCD d'un accouchement par le siège
- L'existence d'un fibrome utérin préexistant

L'examen clinique:

L'inspection: retrouve un utérus à grand axe longitudinal.

La palpation permettra de poser le diagnostic :

à la partie basse de l'utérus, le pôle foetal volumineux, irrégulier, de consistance plus molle que la tête, non surmonté par le sillon du cou ;

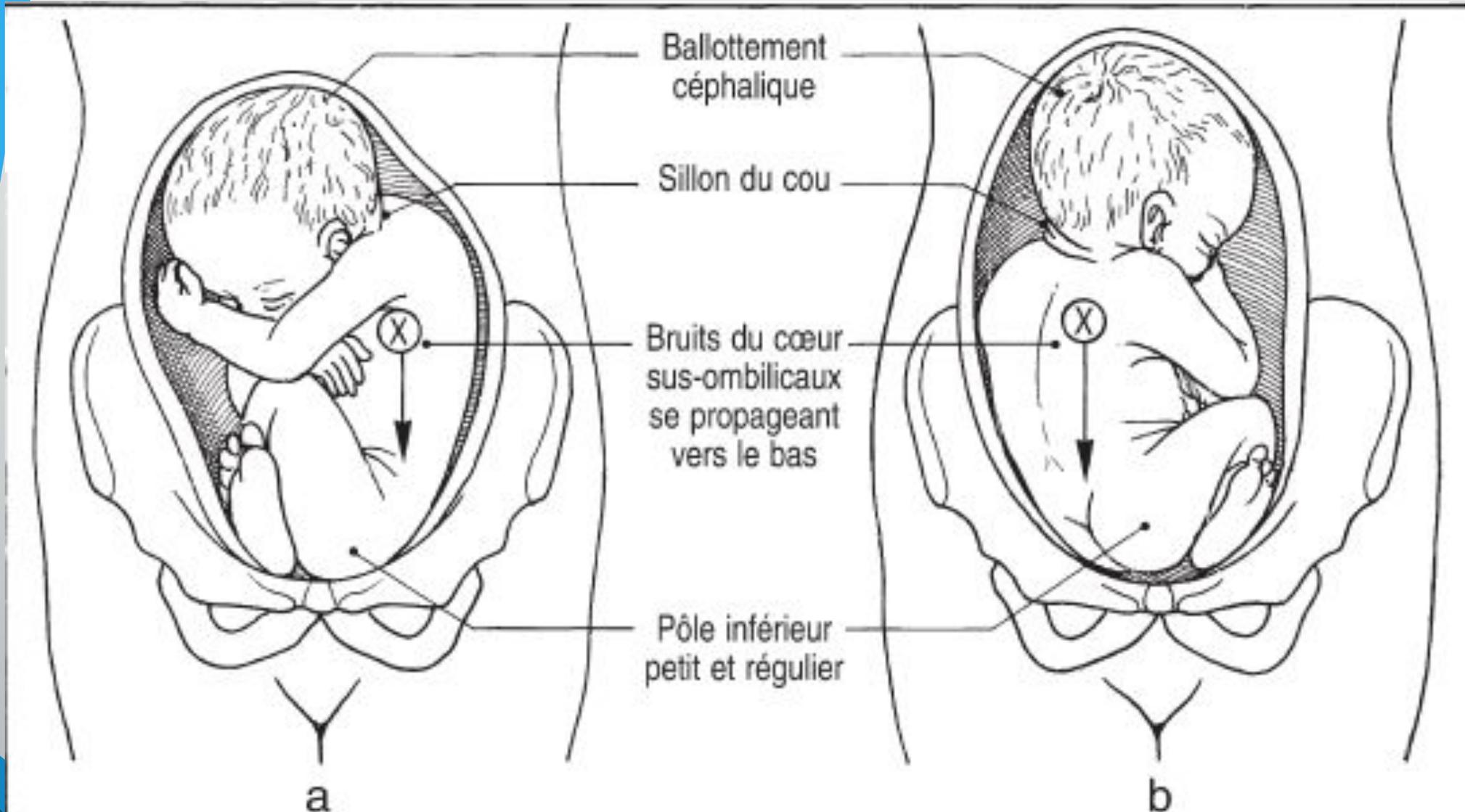
au niveau du fond utérin, la tête a son volume plus petit, son contour arrondi, sa dureté.

Diagnostic

Plan latéraux : plan convexe et régulier du dos mais le suivi vers le bas ne retrouve pas le sillon du cou.

Une impression de la perception de 2 dos peut correspondre aux membres inférieurs relevés en extension dans le siège décomplété

L'auscultation : le foyer des bruits du cœur se situent en région péri ombilicale voire sus ombilicale et du côté du dos.



Le toucher vaginal :

- ❑ En dehors du travail : L'excavation est souvent vide.
- ❑ Pendant le travail le toucher vaginal va percevoir :
 - Dans le siège décomplété : 2 masses molles séparées par un sillon, le pli interfessier avec l'anus au centre,
 - Dans le siège complet : perception des pieds, il est possible de reconnaître le talon, malléoles, petites doigts de pieds.

Examen Paraclinique :

Au moindre doute, une échographie de confirmation sera réalisée.

DECISION DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT

- Appartient au médecin.
- La césarienne systématique n'est pas justifiée, la voie basse doit être acceptée si:
 - La pelvimétrie est normale
 - La tête n'est pas défléchie
 - Siège décomplété
 - Estimation de poids foetal entre 2500g et 3800g
 - Acceptation de la patiente

Accouchement de la présentation de siège

- *L'accouchement du siège:*

Le diamètre bi-trochantérien s'oriente dans un diamètre oblique du bassin.

L'engagement en SIGA est le plus fréquent ainsi le diamètre bi-trochantérien se retrouve dans le diamètre oblique droit du bassin maternel.

Une rotation à 45° (vers l'arrière pour les variétés antérieures, vers l'avant pour les variétés postérieures) amène le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. Le sacrum se retrouve toujours en transverse

Accouchement de la présentation de siège

- *L'accouchement du siège:*

La hanche antérieure se cale sous la symphyse, entraînant une inflexion du tronc, puis la hanche postérieure se dégage en balayant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur distendu jusqu'au franchissement de la commissure vulvaire.

Une fois les hanches dégagées, le siège monte. Le pôle pelvien poursuit un mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne et Le dos tourne alors en avant. Cette rotation est extra pelvienne.



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



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



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



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



Figure 7. Accouchement en présentation du siège (engagement de la tête).



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



Figure 10. Expulsion spontanée du siège décompleté.



Figure 9. Expulsion spontanée du siège complet.

Accouchement de la présentation de siège

- *L'accouchement des épaules:*

Dés que le siège se dégage, l'engagement des épaules au détroit supérieur s'effectue.

Le diamètre bi acromial s'engage :

- dans le même diamètre oblique que le bi trochantérien dans les variétés antérieures
- dans le diamètre opposé dans les variétés postérieures, le fœtus continue alors son mouvement de spire qui amène le dos en avant.

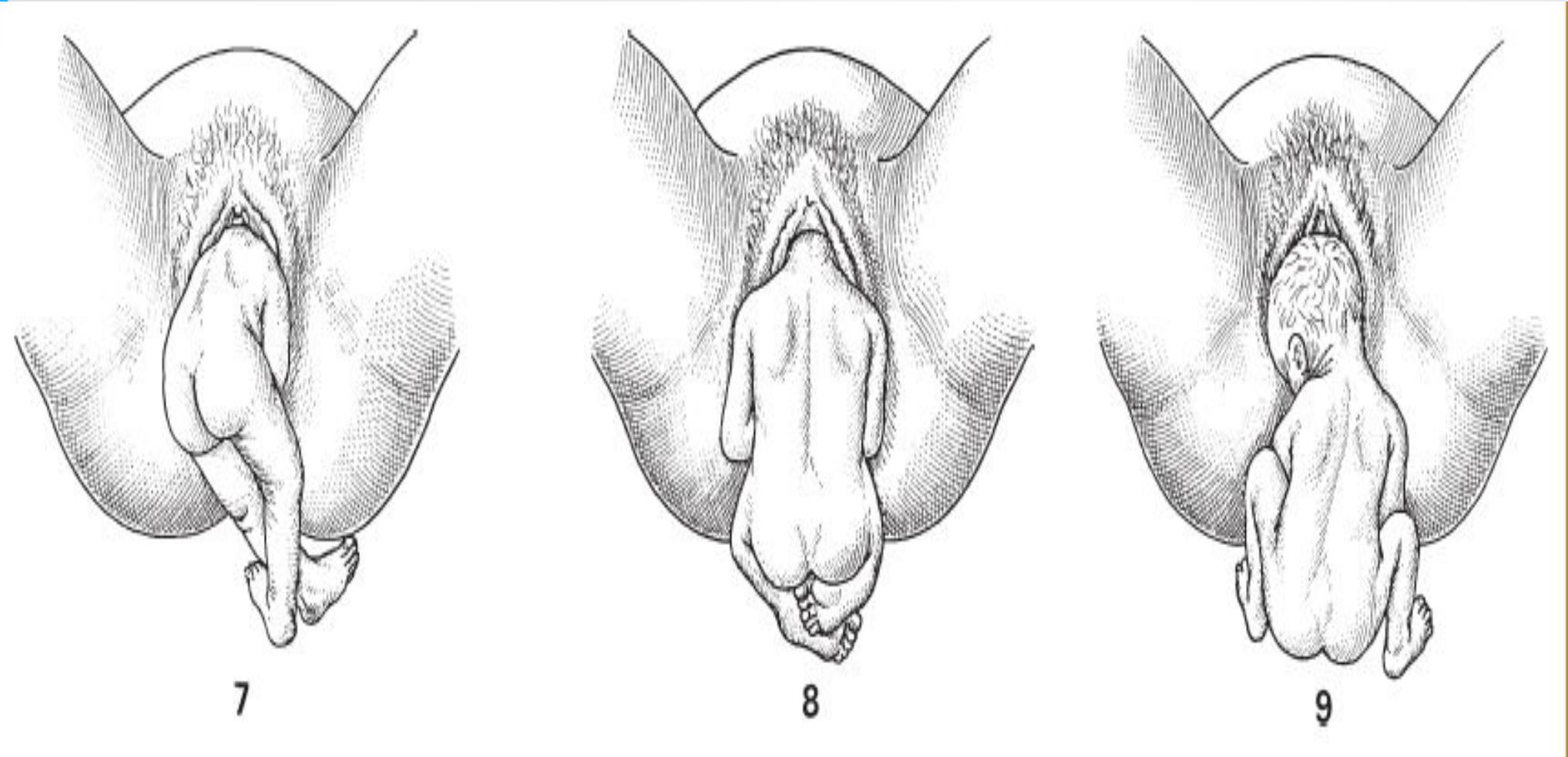
Le dos tournant en avant, les épaules se dégagent en général en transverse. Puis comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve en même temps que le dos tourne en avant.

Accouchement de la présentation de siège

Une rotation accidentelle du dos en arrière est gravissime pour le fœtus entraînant l'accrochage du menton sur la symphyse pubienne.



Accouchement de la présentation de siège



Accouchement de la présentation de siège

L'accouchement de la tête :

L'engagement de la tête s'effectue en même temps que la descente et le dégagement des épaules.

La tête bien fléchie s'engage dans le diamètre opposé à celui emprunté par les épaules.

La tête engagée tourne en occipito-pubien et se fixe sous la symphyse pubienne. La tête s'hyperfléchit faisant apparaître le crâne, le front et la face.

Accouchement de la présentation de siège

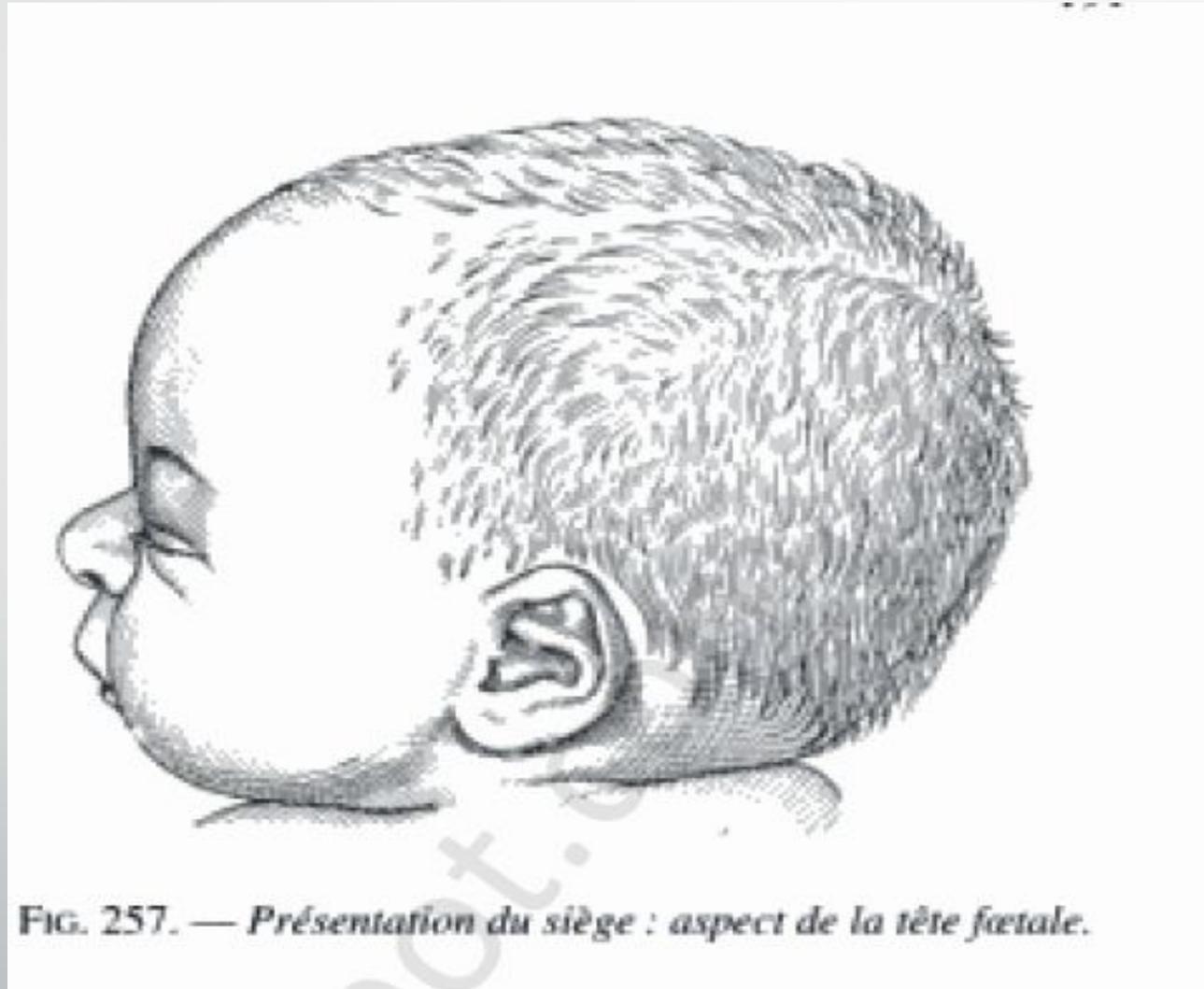


FIG. 257. — *Présentation du siège : aspect de la tête fœtale.*

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

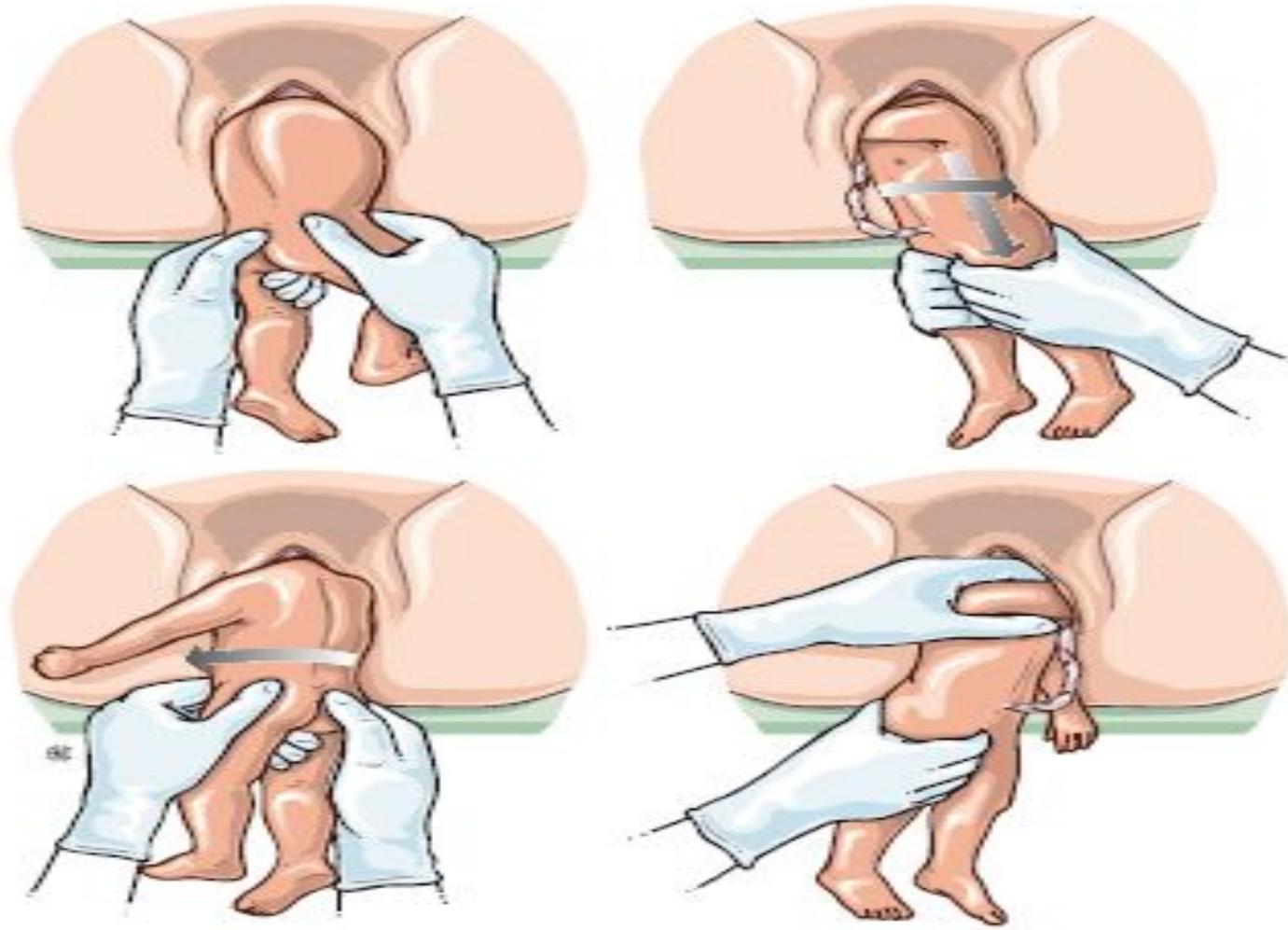
- Une gestion rigoureuse du travail, sous surveillance cardiotocographique Continue est envisagée
 - La poche des eaux doit être préservée le plus longtemps possible car elle aide à la dilatation .
 - Une perfusion d'ocytocique est systématiquement posée a dilatation complète
 - l'accouchement par le siège reste potentiellement "dystocique« car les risques pour le fœtus sont augmentés par rapport à un accouchement en présentation céphalique
 - L'abstention complète selon la méthode de Vermelin est privilégié .
 - le risque principal est la désolidarisation du mobile fœtal.
- Dans ce cas, il faut avoir recours à certains manœuvres obstétricales"

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- **Relèvement des bras : La manoeuvre de LOVSET**
 - ✓ Le relèvement des bras au dessus du détroit supérieur peut se produire dès lors que l'opérateur touche le foetus.
 - ✓ Le diamètre d'engagement devient incompatible avec les diamètres du bassin
 - ✓ L'opérateur place ses pouces sur les lombes, ses paumes sur les fesses, et ses doigts sur les ailes iliaques du foetus. Une première rotation de 90 degré est effectuée. Le bras antérieur du foetus est amené sous la symphyse pubienne et dégagé.
- L'autre épaule est alors sous le promontoire. Une seconde rotation de 180 degré est effectuée dans le sens inverse. Le bras postérieur est ainsi amené en avant, le coude à la vulve.

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- Relèvement des bras : La manoeuvre de LOVSET



LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- Relèvement des bras : La manoeuvre de LOVSET

Le fœtus est abaissé pour fixer l'occiput sous la symphyse pubienne. La manoeuvre de Lovset se termine systématiquement par la manoeuvre de Mauriceau ou de Bracht.

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- La rétention tête dernière : La manoeuvre de MAURICEAU

Le fœtus est installé à cheval sur l'avant bras de l'opérateur.

L'index et le médius de la main ventrale de l'obstétricien sont introduits dans la bouche du fœtus jusqu'à la base de la langue et va aider à la flexion de la tête.

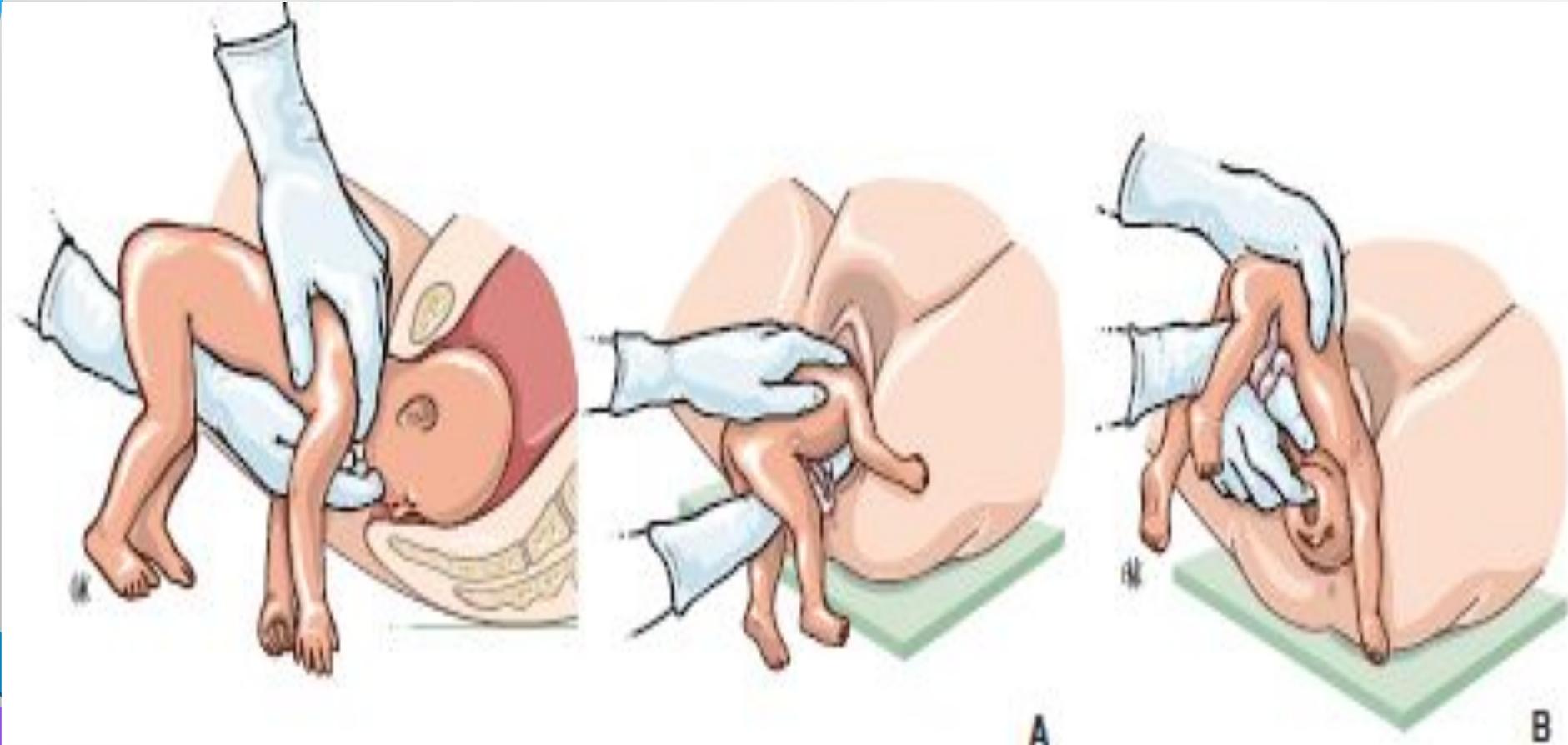
LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- La rétention tête dernière : La manoeuvre de MAURICEAU
- L'autre main est placée en fourche sur les épaules de chaque côté du cou et va exercer une traction douce dans l'axe ombilico-coccygien.
- La main intra vaginale va fléchir la tête et va la faire descendre selon l'axe ombilico-coccygien.
- La tête reste fléchie lors de son dégagement.

Une traction trop forte sur la tête, et non dans l'axe ombilico-coccygien sont à risque de lésions médullaires du plexus brachial.

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

- La rétention tête dernière : La manoeuvre de MAURICEAU



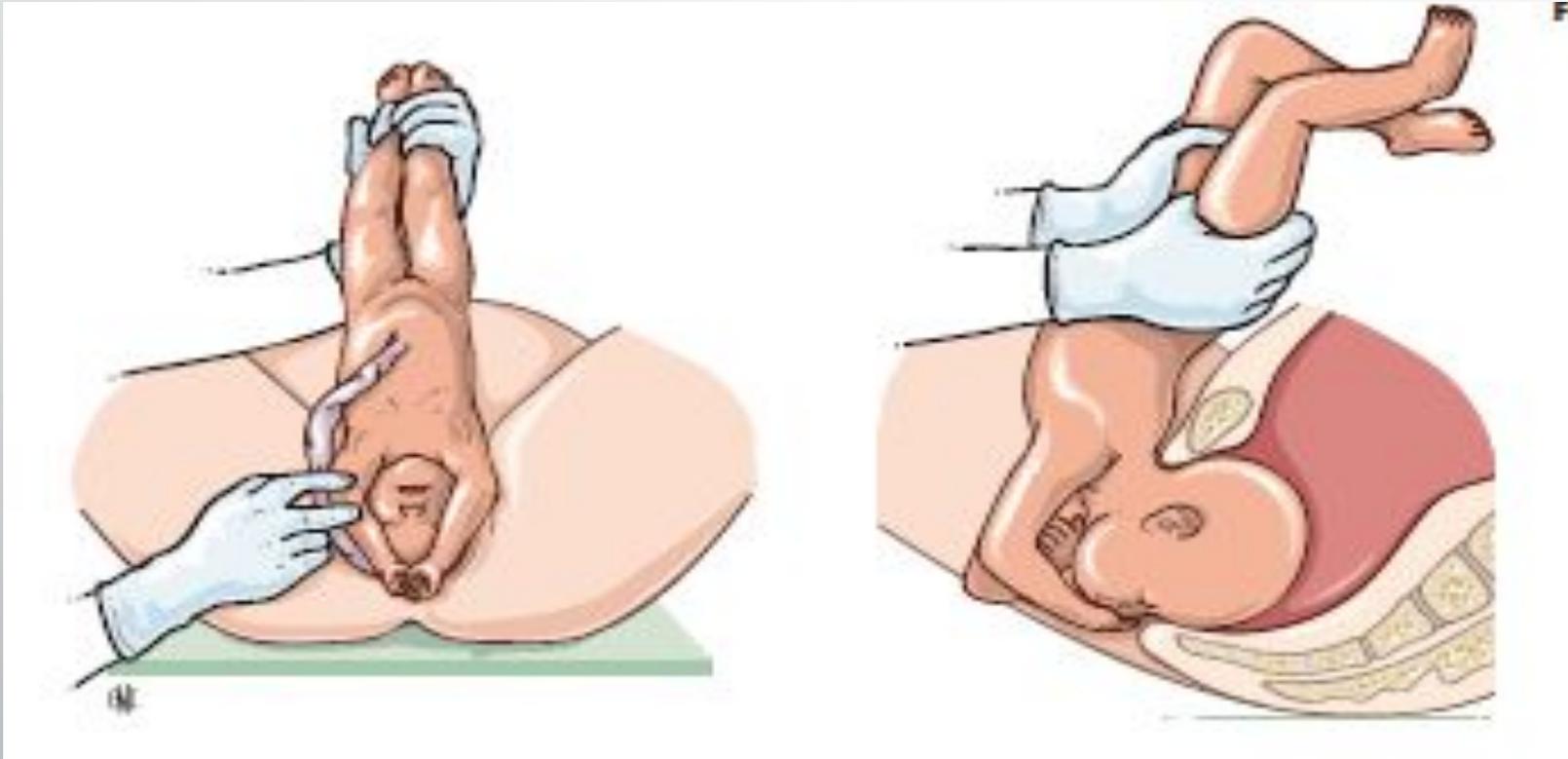
LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

La manoeuvre de BRACHT

- Dès l'apparition des omoplates à la vulve, saisir le siège en plaçant les pouces sur le devant des cuisses, les autres doigts sur les fesses.
- Renverser progressivement l'enfant sur le ventre de la mère sans aucune traction.
- Cette manoeuvre peut être dangereuse si elle est réalisée trop brutalement.

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

La manoeuvre de BRACHT



LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

Grande extraction du siège

Une main est introduite dans le vagin, les doigts étendus et réunis en cône. saisit idéalement le pied antérieur ou à défaut les deux pieds entre l'index et le médius croisés sur le dos du pied. Le pied est reconnu à la brièveté des orteils et à la saillie à angle droit du talon.

Par traction douce, on amène le pied à la vulve, puis la jambe, puis le genou

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

Grande extraction du siège



Figure 14. Grande extraction (saisir le pied antérieur ou les deux pieds).

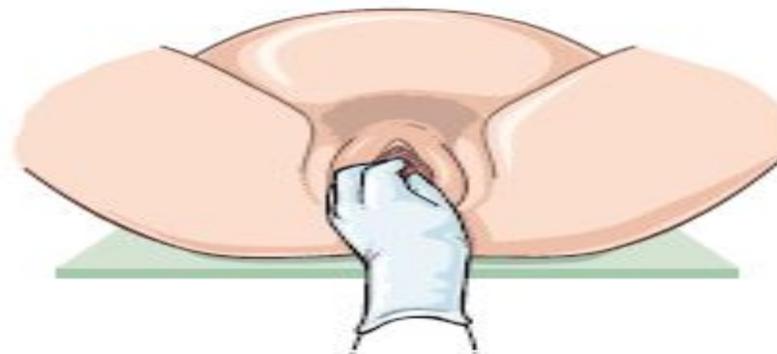


Figure 15. Grande extraction (traction vers le bas).

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

Grande extraction du siège

Le genou étant à la vulve, saisir la cuisse, orienter le diamètre bitrochantérien dans un diamètre oblique du bassin en imprimant au membre inférieur un mouvement de rotation.

Puis tirer très en bas (axe ombilicococcygien) ; le fœtus tourne le dos en avant,

Au moment du dégagement, orienter le bitrochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur.

Le périnée est distendu, c'est le moment de pratiquer une épisiotomie (si elle est nécessaire).

Tirer vers le bas pour dégager la hanche antérieure , puis horizontalement et enfin vers le haut pour dégager la hanche postérieure, le membre postérieur se dégage alors .

LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

Grande extraction du siège



LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

Grande extraction du siège:

Petite extraction

Le troisième temps de la grande extraction se confond avec la petite extraction

La petite extraction comporte deux temps : le dégagement des bras et l'extraction de la tête dernière.

Autorisé seulement lors de l'accouchement d'un deuxième jumeau

CONCLUSION

L'accouchement par voie basse pour le siège ne sera autorisé qu'après avoir pris connaissance du bassin, du fœtus (dimensions, position) et de la mère (préparation, coopération, situation obstétricale et médicale), et de l'évolution parfaitement normale et harmonieuse du travail.

nécessite la présence d'une équipe obstétricale présente (obstétricien, sage-femme, pédiatre, anesthésiste), formée et entraînée à la gestion de cette présentation.

**Merci
pour
votre
attention**

