

PRISE EN CHARGE ET PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT EN PRESENTATION DU SIEGE AU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR DE DAKAR (SENEGAL)

M.E. FAYE DIEME, O. GASSAMA, M.T. DIADHIOU, M. THIAM COULIBALY, A.A. DIOUF, F. SAMBOU, A. DIOUF, J.C. MOREAU

RESUME

Objectifs : Evaluer la prise en charge et le pronostic de l'accouchement en présentation du siège dans un centre de référence en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) de niveau II de Dakar, au Sénégal. .

Patients et méthodes : Ils s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les accouchements en présentation du siège à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair entre le 1er Janvier 2005 et le 31 Décembre 2015 (132 mois). Les données concernant l'âge, la parité, le suivi prénatal, le mode de siège, le mode d'accouchement et le pronostic maternel et néonatal ont été recueillies. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées grâce aux logiciels Sphinx version 5 et Epi info version 3.5.

Résultats : Nous avons colligé 768 accouchements en présentation du siège (1,4%). L'âge moyen des patientes était de 26,5 ans avec une prédominance des primipares (60%). Le diagnostic de présentation du siège était réalisé pendant la grossesse chez 77 patientes (10,1%) contre 89,9% au cours du travail avec une présentation déjà fixée ou engagée (54,7%). Le mode d'accouchement le plus fréquent était la voie basse spontanée (60,9%). Dans 11% des cas, une manœuvre d'extraction fœtale était réalisée. Le poids de naissance était de 2930g en moyenne avec un score d'Apgar supérieur à 7 (79,9%). Le pronostic maternel et néonatal était favorable dans la majorité des cas (1 décès maternel et une mortalité néonatale de 39,10/00 naissances vivantes). Les facteurs de morbidité néonatale étaient l'âge gestationnel inférieur à 36 SA, le faible poids de naissance et la réalisation de manœuvres obstétricales.

Conclusion : L'accouchement par voie basse reste une option raisonnable à condition d'améliorer l'évaluation des critères d'acceptation par un suivi prénatal de bonne qualité.

Mots clés : Présentation du siège, Mode accouchement, Mortalité néonatale, Morbidité néonatale, Pronostic maternel.

SUMMARY

Management and prognosis of breech presentation at Nabil Choucair Health Center in Dakar (Senegal)

Objectives : To evaluate the management and the prognosis in breech presentation delivery of in a Level II Health Center in Dakar (Senegal).

Patients and methods: It was a retrospective, descriptive and analytical study of births in breech presentation at the Maternity of Nabil Choucair Health Center between January 1st, 2005 and December 31st, 2015 (132 months). Data on age, parity, prenatal follow-up, diagnostic modalities, mode of delivery and maternal and neonatal prognosis were collected. The data capture and analysis was done using Sphinx version 5 and Epi info version 3.5 software.

Results: We collected 768 deliveries on breech presentation (1.4%). The average age of the patients was 26.5 years with a predominance of primiparous (60%). The diagnosis of breech presentation was made during pregnancy in 77 patients (10.1%) against 89.9% during the labor. The presentation was fixed or engaged in 54.7%. The most common mode of delivery was spontaneous vaginal delivery (60.9%). In 11% of cases, a fetal extraction maneuver was performed. The birth weight was 2930g on average with an Apgar score greater than 7 (79.9%). The maternal and neonatal prognosis was favorable in the majority of cases (1 maternal death and 39,10/00 perinatal deaths). Perinatal morbidity factors were prematurity (gestational age less than 36 weeks), low birth weight and breech presentation aided-delivery.

Conclusion: The preferred delivery mode in the breech presentation remains vaginal delivery in condition than criteria of acceptance are met and evaluated by a improved prenatal monitoring.

Keywords: Breech presentation, Delivery, Perinatal mortality, Perinatal Morbidity, Maternal prognosis.

INTRODUCTION

L'accouchement en présentation du siège, réputé eutocique à la limite de la dystocie, est un sujet qui a longtemps divisé les obstétriciens dans les sociétés savantes et constitue encore un sujet de controverses. Cette polémique s'est intensifiée au début du siècle avec la publication par Hannah [13]

du Term Breech Trial en 2000, un essai randomisé dont les conclusions étaient en faveur de la réalisation d'une césarienne systématique en raison du risque néonatal qui semblait augmenté à court terme en cas d'accouchement par les voies naturelles. Cet essai a été critiqué, tant en ce qui concerne sa validité interne que sa validité externe et en 2002, l'étude franco-belge PREMODA menée conjointement avec

Tirés à part : Dr Marie Edouard FAYE DIEME, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec. Email : mefdieme@yahoo.fr

FAYE DIEME M.E., GASSAMA O., DIADHIOU M.T., THIAM COULIBALY M., DIOUF A.A., SAMBOU F., DIOUF A., MOREAU J.C. Prise en charge et pronostic de l'accouchement en présentation du siège au Centre de Sante Nabil Choucair de Dakar (Sénégal) Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°2 p. 16-22

le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), avait montré que, sous réserve de l'utilisation de critères d'acceptabilité de la voie basse, la programmation d'un accouchement par voie vaginale ne s'accompagnait pas d'une augmentation du risque de complication néonatale [12]. Plusieurs questions restent ainsi non résolues à ce jour concernant la voie d'accouchement à privilégier; ceci expliquant les différences constatées dans la prise en charge en fonction des pays, des centres et des praticiens [20].

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge et le pronostic de l'accouchement en présentation du siège dans un centre de référence en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) de niveau II de Dakar, au Sénégal.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les accouchements en présentation du siège pris en charge au niveau du Centre de Santé Nabil Choucair. Ce centre est situé dans le District Nord de la région dakaroise et en constitue le centre de référence en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC). L'étude a été menée sur une période de 132 mois (11 ans) allant du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2015.

Nous avons inclus toutes les patientes admises pour une grossesse monofoetale en présentation du siège dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée (SA).

N'avaient pas été incluses les grossesses gémellaires, les grossesses avec mort fœtale in utero et les patientes ayant eu une césarienne antérieure.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, la parité, les données du suivi prénatal, le mode de siège, le mode d'accouchement et le pronostic maternel et néonatal.

Les données étaient recueillies à partir des dossiers d'accouchement, des registres d'accouchement, des cahiers de comptes rendus opératoires et des fiches d'anesthésie.

La saisie et l'analyse des données étaient effectuées avec les logiciels Sphinx version 5 et Epi info version 3.5. Les variables étaient comparées à l'aide du test de Khi2 et la différence était jugée significative lorsque la p-value était inférieure à 0,05. L'intervalle de confiance était de 95%.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, 55 557 accouchements ont été enregistrés parmi lesquels 768 avec une présentation du siège, soit une fréquence de 1,4 %.

2. Caractéristiques des gestantes

L'âge moyen des patientes était de 26,5 ans avec des extrêmes de 15 et 48 ans. Celles âgées entre 20 et 29 ans étaient les plus représentées (55%). La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 1 et 11. Les primipares étaient majoritaires (60%) suivies des multipares (28%).

3. Données obstétricales à l'admission

Les patientes étaient évacuées des structures périphériques dans la majorité des cas (72%). L'âge gestationnel moyen était de 37 semaines d'aménorrhée (SA) et 3 jours avec des extrêmes de 27 et 42 SA. Le siège en mode décompleté était retrouvé dans 461 cas (60%) et le mode complet chez 307 patientes (40%). L'évaluation du suivi prénatal montrait que plus de la moitié des patientes (57%) avait effectué au moins 4 consultations prénatales. Toutefois, le diagnostic de présentation du siège n'était posé qu'au cours du travail dans la majorité des cas (89,9%). Seuls 77 cas (10,1%) étaient identifiés avant le début du travail. Une échographie obstétricale avait été réalisée chez 64 patientes (8,3%) et aucune gestante n'avait bénéficié d'une exploration radiologique du bassin. L'examen obstétrical avait permis de constater qu'elles étaient en travail avec une poche des eaux rompue dans 68% des cas, une présentation fixée ou engagée dans plus de la moitié des cas (54,7%). La pelvimétrie clinique retrouvait un bassin normal dans la majorité des cas (698 soit 91%). Pour les autres patientes, le bassin était jugé transversalement rétréci (4,2%), généralement rétréci (1,8%) ou limite (3%). Seules 21 patientes (2,7%) avaient bénéficié d'une pelvimétrie lors des consultations prénatales.

4. Mode d'accouchement

Nous avons dénombré 552 accouchements par voie basse (71,9%). Comme indiqué dans le tableau I, la voie basse assistée (AVBA) par des manœuvres représentait 11% des accouchements, soit 15,2% des accouchements. Les manœuvres de Mauriceau et de Bracht ont été réalisées chez 41 patientes (7,4%). Une surveillance du travail à l'aide du partogramme était notifiée dans 47% des cas. Cent dix-neuf (119) parturientes (25,5%) avaient bénéficié d'une épisiotomie et une déchirure périnéale simple était notée chez 25 parturientes (5,4%). L'utilisation d'ocytociques en phase expulsive n'était pas précisée dans les dossiers.

Tableau I : Mode d'accouchement des patientes (N = 768)

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse spontanée (Vermelin)	468	60,9
Voie basse assistée	84	11
Manœuvre de Mauriceau	22	4
Manœuvre de Bracht	19	3,4
Petite extraction aidée	17	3,1
Manœuvre de Lovset	14	2,5
Grande extraction du siège	12	2,2
Césarienne	216	28,1
Total	768	100

Dans notre série, le taux de césarienne était de 28,1% (Tableau I). Elles étaient réalisées en urgence dans la plupart des cas (95.5%). Seules 13 patientes (4,5%) avaient bénéficié d'une césarienne programmée pour anomalie du bassin (10 cas) et macrosomie fœtale (3 cas). Les principales indications de césarienne sont résumées au niveau du tableau II.

Tableau II : Indications de césarienne chez les patientes (N=216)

Indications de césarienne	Effectif	%
Anomalie du bassin	61	28,2
Rupture prématurée des membranes	59	27,3
Souffrance fœtale aiguë	36	16,7
Dystocie funiculaire	17	8
Complications hypertension artérielle	12	5,6
Défaut d'engagement	8	3,7
Défaut de progression	7	3,2
Myomatose utérine	4	1,8
Dépassement de terme	4	1,8
Macrosomie fœtale	3	1,4
Retard de croissance intra utérin	3	1,4
Rétention tête dernière	2	0,9
Total	216	100

L'analyse du mode d'accouchement en fonction de l'âge maternel et de la parité montrait que l'accouchement par voie basse spontanée (AVBS) était plutôt l'apanage des patientes âgées entre 30 et 39 ans et des multipares (Tableau III). Par contre, nous n'avons pas retrouvé d'influence du mode de siège sur la voie d'accouchement ($p=0,057$).

Tableau III : Facteurs maternels influençant la voie d'accouchement

	Mode Accouchement		Total	p	OR [IC à 95%]
	AVBS N (%)	Autres N (%)			
Age maternel (années)					
< 20	56 (60,2)	37 (37,8)	93	0,375	
20 – 29	219 (55,2)	178 (44,8)	397	1	2,05 [1,41–2,97]
30 – 39	139 (76,1)	55 (28,4)	194	< 0,001	
≥ 40	21 (63,9)	12 (36,4)	33	0,346	
Parité					
Primipare	237(53,0)	210(47,0)	447	1	
Paucipare	73(73,7)	26(26,3)	99	0,006	2,45[1,53–4,03]
Multipare	59(69,4)	26(30,6)	85	0,005	2,01[1,22–3,30]
Grande multipare	97(76,4)	30(23,6)	127	< 0,001	2,86[1,82– 4,9]

5. Données néonatales

Le poids moyen des nouveau-nés était de 2930 grammes, avec des extrêmes de 850 et 6100 grammes. Ils avaient, pour la plupart (79,9%), un score d'Apgar à la 5ème minute compris entre 7 et 10 (tableau IV). Nous avons enregistré 30 décès néonataux soit un taux de mortalité néonatale de 39,1 pour mille naissances vivantes. Les décès étaient associés à des complications comme la souffrance fœtale (17 cas), l'hématome rétroplacentaire (5 cas), la rupture utérine (1 cas), la rétention tête dernière (1 cas) ou survenaient dans un contexte de syndrome polymalformatif (6 cas). La morbidité néonatale était liée à des traumatismes obstétricaux avec 3 cas (0,4%) d'élongation du plexus brachial ayant motivé une prise en charge en chirurgie infantile.

Tableau IV : Paramètres néonataux après accouchement en présentation du siège

Paramètres néonataux	Effectif	%
Score d'Apgar à 5 minutes		
0	30	4
< 7	124	16,1
≥ 7	614	79,9
Poids de naissance (grammes)		
< 2000	23	3
2000 - 4000	702	91,4
4000	28	3,6
non précisé	15	2
Sexe		
Féminin	422	54,9
Masculin	346	45,1

Comme l'indique le tableau V, le score d'Apgar était significativement plus bas (<7) en cas d'accouchement avant la 36^{ème} semaine d'aménorrhée, de présentation du siège complet et de poids de naissance inférieur à 2000g. La réalisation de manœuvres d'extraction fœtale exposait également les nouveau-nés à un score d'Apgar bas par rapport à l'accouchement spontané mode Vermelin. Par contre, nous avons constaté des scores d'Apgar plus élevés en cas de naissance par césarienne et la différence était significative (p respectivement de 0,022). Nous n'avons pas retrouvé de relation statistiquement significative entre la rupture prolongée des membranes (≥ 6 heures) et une augmentation de la morbidité néonatale

Tableau V : Score d'ApGAR en fonction du mode d'accouchement et des paramètres fœto-annexiels

	APGAR		Total	P	OR [IC à 95%]
	< 7 N (%)	≥ 7 N (%)			
Age gestationnel					
≤ 36 SA*	5 (62,5)	145 (19,7)	8	0,002	6,80 [1,60 – 28,80]
≥ 36 SA*	145 (19,7)	592 (80,3)	737		
Mode de siège					
Complet	54 (23,6)	175 (76,4)	229	0,048	1,54 [1,02 – 2,25]
Décomplété	64 (17,0)	312 (83,0)	376		
Durée rupture membranes					
< 6 heures	1(5,9)	16(94,1)	17	0,109 (NS)	0,195 [0,022 – 1,713]
≥ 6 heures	8(24,2)	25(75,8)	33		
Mode d'accouchement					
AVBS	98 (21,6)	356 (78,4)	454	1	
Manœuvres	19 (33,3)	38 (66,7)	57	0,047	1,816 [1,002 – 3,291]
Césarienne	32 (14,2)	193 (85,8)	225	0,022	0,602 [0,390 – 0,931]
Poids de naissance					
< 2000	15 (71,4)	6 (28,6)	21	<0,001	11,220 [4,269 – 29,491]
] 2000-4000[125 (18,2)	561 (81,8)	686	1	1,224 [0,486 – 3,081]
≥ 4000	6 (21,4)	22 (78,6)	28	0,667 (NS)	

*SA : semaines d'aménorrhée

** NS : non significatif

6. Pronostic maternel

L'évolution maternelle était marquée par la survenue d'une hémorragie du post-partum immédiat chez 20 patientes (2,6%). L'étiologie était une coagulopathie par hématome rétroplacentaire dans 8 cas. Nous avons également noté 6 cas de déchirure périnéale simple. Un décès maternel secondaire à une chorioamniotite associée à une anémie sévère était enregistré.

III. DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

La fréquence de la présentation du siège dans notre étude (1,4%) est comparable à celles rapportées par certains auteurs comme Mayi-Tsonga [14] au Gabon (1,74%), Dolo [7] au Mali et Gannard [11] en France (1,8%) en 2012. Par contre, elle est plus faible que celle retrouvée par la plupart des auteurs africains et occidentaux et qui varie entre 3 et 4% [10, 17,20,21]. Ce taux plus faible dans notre série s'explique probablement par le fait que nous n'avions pas inclus les grossesses gémellaires et les utérus cicatriciels dans notre étude. En effet, dans notre pratique, nous réalisons habituellement une césarienne dans ces situations et avons choisi d'évaluer notre prise en charge des grossesses de singleton en présentation du siège sur un utérus non cicatriciel. La prédominance classique, en termes

de fréquence, du mode décomplété sur le mode complet est retrouvée dans notre série avec 60% de sièges décomplétés contre 40% de sièges complets [6,8]. Le profil de nos patientes est comparable aux données de la littérature avec une fréquence plus importante de la présentation du siège chez des primipares jeunes et les grandes multipares [19]. Il est classiquement admis que cette présentation chez la primipare est favorisée par l'hypotrophie utérine et par le relâchement des parois utérines chez la multipare [15].

Aspects diagnostiques

Dans notre série, le diagnostic de présentation du siège était posé tardivement dans la majorité des cas (89,9%), au cours du travail. Malgré les progrès réalisés dans la couverture prénatale depuis trois décennies, ce taux est presque similaire à celui retrouvé par Farid en 1990 à Dakar [9]. Aussi, seulement 8,3% de nos patientes avaient bénéficié d'une échographie obstétricale. Ce taux est plus faible que celui rapporté par Nayama [17] qui était de 19,6%. Ce retard diagnostique aggrave le pronostic périnatal et maternel dans cette présentation dite eutocique mais potentiellement dystocique. Seul un diagnostic précoce par une surveillance prénatale de qualité permet d'identifier à temps les facteurs de risque associés, d'évaluer les critères d'acceptation d'un accouchement par voie basse et de proposer à la patiente un lieu d'accouchement approprié.

Pour cela une étude minutieuse du bassin s'impose également. Dans notre série, la pelvimétrie clinique n'était réalisée avant le travail que dans 2,7% des cas. Aucune de nos patientes n'avait bénéficié d'une radiopelvimétrie ou d'une scano-pelvimétrie. La pratique d'une pelvimétrie est recommandée avant de décider de toute tentative de voie basse [20]. Bien vrai que des mesures aient été prises depuis quelques années afin d'assurer la gratuité de la césarienne, des efforts doivent être faits pour rendre plus accessibles certains examens complémentaires indispensables à un suivi prénatal de qualité. C'est le cas pour l'échographie obstétricale dont la disponibilité géographique au Sénégal s'est nettement améliorée grâce à la formation des sages-femmes initiée en 2003, mais dont le coût reste encore élevé en milieu défavorisé.

Mode d'accouchement

Concernant la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège, nos résultats confirment les disparités notées entre les différents pays. Dans notre étude, le taux d'accouchement par voie basse était de 71,9%. Il est comparable aux taux rapportés par d'autres auteurs africains comme Nayama [17] au Niger (64%) et Buambo-Bamanga [4] à Brazzaville (88,1%). Par contre, il est beaucoup plus élevé que le taux moyen rapporté dans les maternités françaises soit 26,2% [16]. Ceci s'explique probablement par une réduction des tentatives d'accouchement par voie basse. En effet, dans la plupart des pays occidentaux comme la France, l'acceptation de l'accouchement par voie basse obéit à des critères optimaux définis par un comité d'experts et qui sont une radiopelvimétrie normale, l'absence de déflexion primitive de la tête fœtale à l'échographie, une estimation du poids fœtal entre 2500 et 3800 g, un siège décomplété mode des fesses et le consentement de la patiente [12].

A ces critères cliniques, s'ajoutent des recommandations organisationnelles qui imposent la présence d'une équipe obstétricale complète, la possibilité de réaliser une césarienne en urgence et d'effectuer une prise en charge néonatale de qualité. Ces recommandations sont difficilement applicables dans nos pays en développement en raison des insuffisances du plateau technique et en ressources humaines. C'est le cas dans notre structure qui ne disposait pas de pédiatre néonatalogue pour assurer une réanimation adéquate du nouveau-né.

L'accouchement en présence d'un accoucheur expérimenté implique une maîtrise parfaite des manœuvres d'extraction du fœtus en présentation du siège. L'utilisation encore courante de ces manœuvres obstétricales (11%) dans notre contexte explique aussi en partie notre taux élevé d'accouchements par voie basse (AVBA). Dans l'étude de Nayama [17] le taux d'AVBA rapporté est de 27,5%. La poursuite

de l'enseignement théorique et de la pratique des manœuvres obstétricales, en s'appuyant notamment sur la simulation, pourrait améliorer le pronostic fœtal et éviter aux patientes les complications à long terme de la césarienne. Dans la même dynamique, la promotion de la version par manœuvre externe devrait être faite dans nos pays car elle est associée à une diminution du taux de présentations du siège à l'accouchement et à une diminution du taux de césarienne sans augmentation de la morbidité maternelle et périnatale [3,20]

Il ressort également de notre étude que l'accouchement par voie basse était significativement plus fréquent chez les multipares indépendamment du mode de siège. Les différences notées concernant le profil des gestantes dans les pays occidentaux et dans nos pays en développement pourraient également expliquer notre taux plus élevé d'accouchement par voie basse en présentation du siège.

Après l'essai publié par Hannah [13] le taux de césarienne pour siège a connu une hausse considérable avec pour conséquence une diminution du taux de tentatives d'accouchement par voie basse. Le taux de césarienne dans notre étude (28,1%) est relativement bas par rapport à ceux relevés dans plusieurs séries africaines et occidentales qui se situent entre 36 et 75% [3,13,16,17,21]. En France, le taux de césariennes programmées est approximativement de 66% étant donné qu'une tentative de voie basse n'est réalisée que pour un tiers des femmes avec un fœtus en présentation du siège à terme [20]. Ce taux est bas dans notre série (4,5%), probablement en raison du diagnostic tardif du siège, le plus souvent au cours du travail. Nos indications de césarienne sont dominées par les anomalies du bassin et notamment en urgence. D'où l'importance d'un suivi prénatal de qualité et d'une évaluation minutieuse du bassin chez les gestantes avec une présentation du siège.

Pronostic fœtal

Les facteurs de morbidité néonatale que nous avons retrouvés étaient l'âge gestationnel inférieur à 36 SA, le faible poids de naissance (< 2000g) et la réalisation de manœuvres obstétricales. Le risque de naissance avec un faible Apgar (<7) était multiplié par 6,8 dans notre série. Nos résultats rejoignent les données de la littérature. En effet, la plupart des auteurs sont unanimes sur le fait que la prématurité est un facteur indiscutable de morbidité dans cette présentation [1,2,8]. Pour Rosenau [19], au delà de 36 SA, l'âge gestationnel n'a aucune influence sur le pronostic. Concernant la rupture prématurée des membranes, sa survenue n'était pas significativement associée à un score d'Apgar bas ($p=0,109$; 0,195 [0,022 – 1,713]). Cependant il faut souligner que la taille de l'échantillon ne nous permet pas d'être formels sur

l'évolution néonatale. Le risque de mortalité périnatale de la présentation du siège est estimé à un pour mille naissances vivantes dans les pays occidentaux [20]. Dans notre série, il est beaucoup plus élevé dans notre série (39,1 pour mille) du fait du retard dans le diagnostic et la prise en charge.

Dans la majorité des études, y compris la nôtre, la mortalité et la morbidité néonatales précoces étaient plus fréquentes lors de l'accouchement par voie basse assistée que celles enregistrées lors de l'accouchement spontané (Vermelin) ou à la suite d'une césarienne [8,19]. Ceci pourrait s'expliquer, entre autres, par le fait que les manœuvres s'exécutent souvent en cas de souffrance fœtale aigue qui impose une extraction immédiate et sont parfois réalisées par un personnel peu expérimenté. Par contre dans l'étude de Delotte [5], il n'y avait pas de différence significative dans la morbidité néonatale lors des comparaisons entre les groupes « tentative de voie basse » et « césarienne programmée » ni entre les groupes « accouchement par césarienne » et « accouchement par voie basse ». Une revue récente du CNGOF révèle que les risques de traumatisme néonatal, de score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et de nécessité d'intubation sont majorés en cas de tentative de voie basse et seraient de l'ordre de 1% [20].

Pronostic maternel

Dans notre série, la morbidité maternelle était essentiellement liée aux hémorragies du post-partum (2,6%). Ce taux est comparable à celui de l'hémorragie du post-partum rapporté à l'échelle nationale qui est de 3,1% [18]. La survenue d'une rupture utérine sur présentation du siège était une complication rare dans notre structure (1 cas soit 0,13%) contrairement aux résultats de Nayama [17] qui rapporte un taux de 1,3%. Le taux de césarienne élevé constaté dans ce contexte expose les femmes, lors d'une grossesse ultérieure, aux risques graves de rupture utérine, d'anomalies d'insertion placentaire et d'hystérectomie.

CONCLUSION

Cette étude relève les problèmes posés par la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège dans notre structure. Le diagnostic est encore tardif et reflète les insuffisances dans la qualité du suivi prénatal. Nous avons identifié un certain nombre de facteurs sur lesquels des actions devraient être menées pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'accouchement en présentation du siège. Il s'agit de la prévention primaire et secondaire des accouchements prématurés par un suivi prénatal de qualité ; de la promotion de la version par manœuvres externes à partir de la 36ème semaine

d'aménorrhée si les conditions sont réunies ; de l'élaboration de protocoles de prise en charge des accouchements en présentation du siège, avec des critères d'acceptation de la voie basse tenant compte de nos conditions d'exercice. Pour améliorer le pronostic néonatal, il faudrait limiter l'utilisation des manœuvres d'extraction par voie basse à un personnel expérimenté.

REFERENCES

1. **Amiel-Tison C.** Le devenir des enfants nés en présentation du siège. Gazette Médicale Paris 1984; 91 : 51-5.
2. **Auzelle P, Bernard CI.** L'accouchement prématuré en présentation du siège. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1986; 15, 8: 1101-04.
3. **Ben-Arie A, Kogan S, Schachter M** et al. The impact of external cephalic version on the rate of vaginal and caesarean breech deliveries; a 3 years cumulative experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 63: 125- 129.
4. **Buambo-Bamanga SF, Makoumbou P, Oyer-Moke P** et al. Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville. Méd Afr Noire 2006 ; 53 : 287-292.
5. **Delotte J, Trastour C, Bafghi A, Boucoiran I, D'Angelo L, Bongain A.** Influence de la voie d'accouchement dans la présentation du siège à terme sur le score d'Apgar et les transferts en néonatalogie. Résultats de la prise en charge de 568 grossesses singleton dans une maternité française de niveau III. J Gynecol Obstet Biol Reproduction (2008) 37, 149-153.
6. **Descargues G, Doucet S, Mauger-Tinlot,** et al. Influence du mode de la présentation dans l'accouchement du siège chez la primipare à terme sélectionnée. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2001; 30, 7 : 664-673.
7. **Dolo A, Dembélé A, Diabaté S, Keita B, Maïga B.** L'accouchement du siège dans les maternités du district de Bamako. Pub Med Afr Sept 1990;108 :38-42.
8. **Dubois C, Dufour P, Quandalle F, Lanvin D, Levasseur M, Monnier J-C.** Présentation du siège : conduite à tenir (à propos de 304 observations). Contracept Fertil Sex 1998 ; 26, 5 : 363- 371.
9. **Farid FI.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néo-natal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire. Thèse Méd Dakar 1992 ; n° 40.
10. **Faye Dieme ME, Moreira PM, Thiam M, Diouf AA, Bentahir S, Diouf A, Gaye A, Moreau JC.** Pronostic fœtal en cas d'accouchement par le siège au centre de santé Roi Baudouin de Dakar. Annales de la SOGGO 2013, N° 20, Vol. 8 :1-6.

11. **Gannard-Pechin E, Ramanah R, Desmarets M, Maillet R, Riethmuller D.** La présentation du siège singleton à terme. À propos d'une série continue de 418 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013; 42: 685-692.
12. **Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D et al.** Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002-11.
13. **Hannah ME, Hannah WJ.** Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 2000; 356: 1369-1370.
14. **Mayi-Tsonga S, Mandji JM, Mimbila-Mayi M, Sima Olé B, Bang J, Meyé JF.** Pronostic de l'accouchement du siège à terme : étude comparative et analytique à Libreville (Gabon). *Clinics in Mother and Child Health* 2012; 9: 5p.
15. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Présentation Du Siège. In *Précis d'obstétrique*, Paris, Masson 1989:162-178.
16. **Michel S, Drain A, Closset E, Deruelle P, Subtil D.** Évaluation des protocoles de décision de voie d'accouchement en cas de présentation du siège dans 19 CHU en France. *J gynecol obstet biol reprod* 2009 ; 38, 411-420.
17. **Nayama M, Diori-Salifou SM, Soumana H, Tahirou A, Idi N, Garba M, Barkire F, Kamaye M, Djibril B.** Accouchement en présentation de siège : Pronostic périnatal et maternel dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 317 cas. *Med Afr Noire* 2008 ;55(7) :417-23.
18. **Niang MM, Faye Diémé ME, Mbaye M, Cissé CT, Moreau JC.** Management of Acute Postpartum Hemorrhage in Senegal. *Current Obstetrics and Gynecology*, 2016.
19. **Rosenau L, Grosieux P, Denis A, Lahlou N, Fournis H, Lebouvier B, Serra V, Leoittevin L.** Facteurs pronostiques de l'accouchement en présentation du siège : à propos de 357 grossesses monofoetales à terme. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* 1990; 85,5 : 271-281.
20. **Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, Mattuizzi A, Parant O.** Présentation du siège. Recommandations pour la pratique Clinique du CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie* 2020;48:63-69.
21. **Venditelli F, Pinquier D, Claris O et al.** La présentation du siège à terme: évaluation 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 : 261-272 .