

## **PRÉSENTATION DU SIÈGE**

## **1/ DEFINITION**

C'est une présentation longitudinale dans laquelle le fœtus aborde le détroit supérieur par son extrémité pelvienne

## **2/ FREQUENCE**

Environ 3,7% des accouchements

### 3/ MODALITÉS :

#### a/ Modalités du siège :

- **Siège complet ou « mode des pieds »** : les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen. les membres inférieurs sont repliés sur le présentation

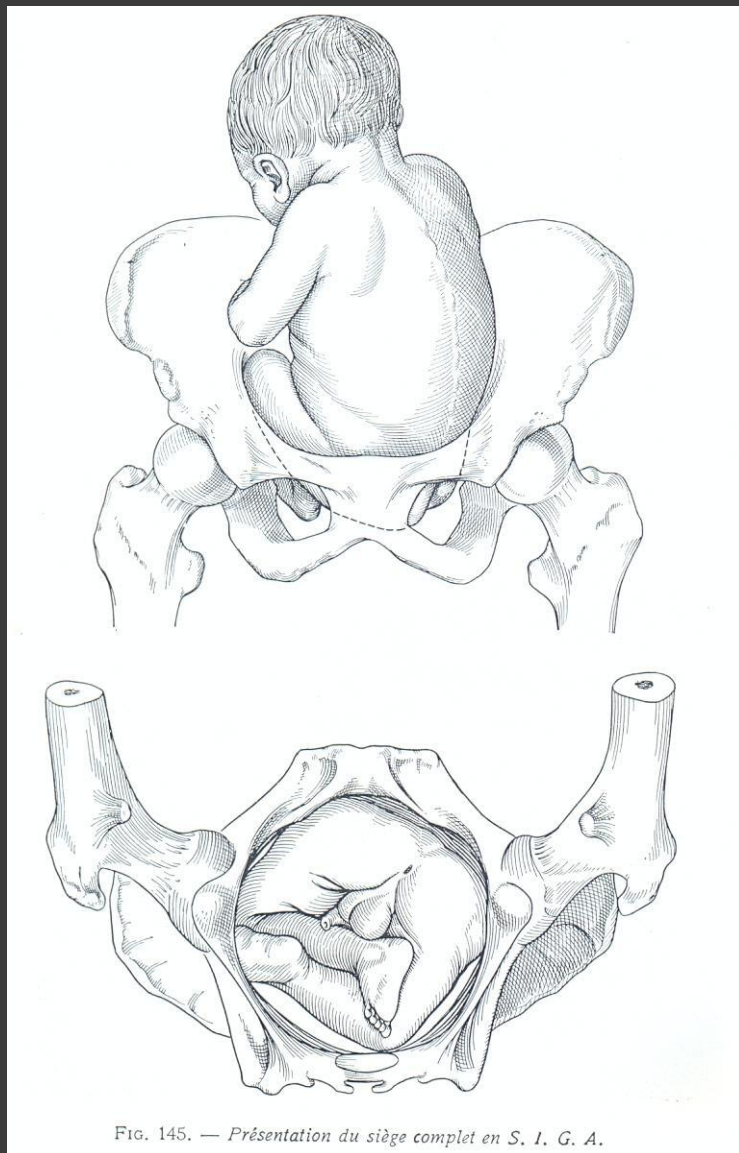


Fig. 145. — *Présentation du siège complet en S. I. G. A.*

□ **Siège décomplété ou mode des fesses :**

Les membres inférieurs sont étendus devant le tronc,  
les jambes en extension totale et les pieds à la hauteur  
de la tête fœtale

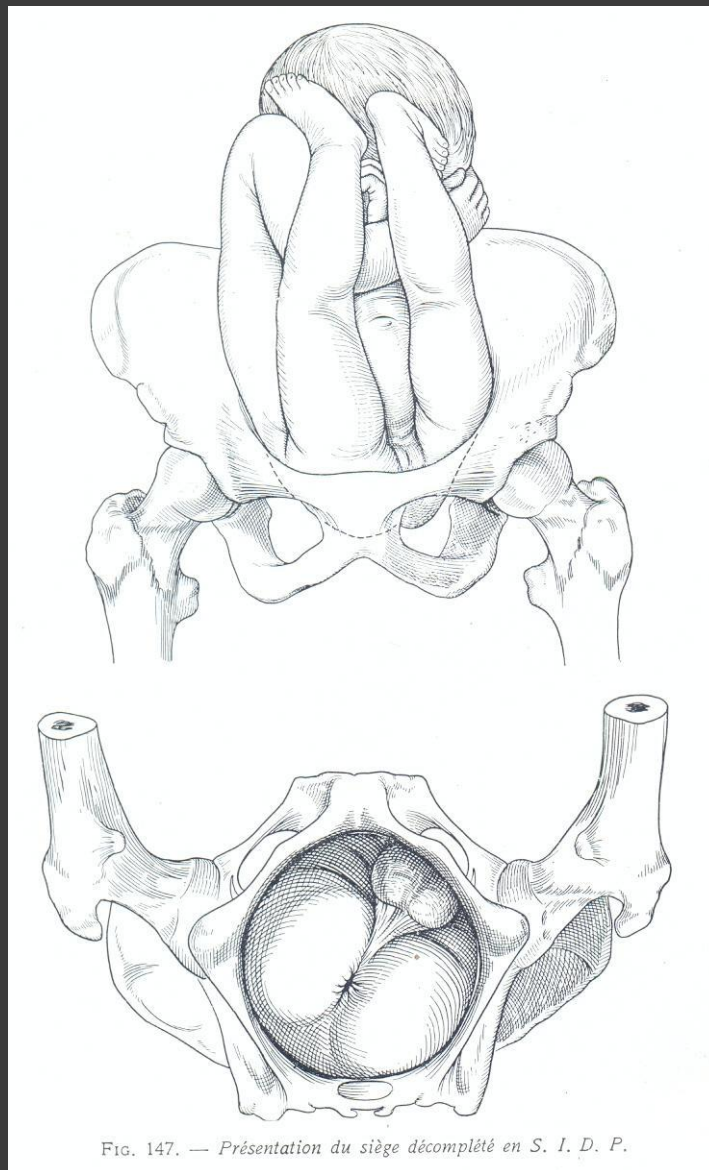


FIG. 147. — *Présentation du siège décomplété en S. I. D. P.*

**b/variétés de position :**

Par ordre de fréquence, de la plus fréquente à la moins fréquente :

-**SIGA** : Sacro-Iliaque Gauche Antérieure

-**SIDP** : Sacro-Iliaque Droite Postérieure

-**SIGP** : Sacro-Iliaque Gauche Postérieure

- **SIDA** : Sacro-Iliaque Droite Antérieure



## 4/ ETIOLOGIES :

### a/Causes maternelles :

- Multiparité : de part l'hypotonie utérine
- Anomalies du bassin
- Hypotrophie ou hypoplasie utérine de la primipare : utérus cylindrique
- Malformations utérines : utérus didelphes, pseudo didelphes ,utérus cordiformes, utérus à éperon
- Utérus myomateux

### b/Causes fœtales :

- Grossesses multiples
- Prématurité: 30% des cas.
- Hydrocéphalies
- Malformations fœtales

### c/ Causes annexielles :

- ✓ Hydramnios
- ✓ Oligoamnios
- ✓ Obstacles praevia : placenta praevia, myome praevia
- ✓ Brièveté du cordon congénitale ou acquise (circulaire, bretelle...)

## 5/ ETUDE CLINIQUE :

### A/ Pendant la grossesse :

#### •Interrogatoire :

Rechercher un ATCD de présentation de siège

#### •Examen Clinique :

##### •Inspection :

Développement longitudinal de l'utérus

On peut parfois observer l'utérus malformé : utérus cylindrique , cordiforme.

##### •Palpation :

Pôle podalique perçu au niveau du pelvis comme masse volumineuse ,irrégulière, molle, non ballottante , non surmontée d'un sillon

Au fond, on reconnaît le pôle céphalique dur, arrondi, régulier et ballotant ,séparé par le sillon du cou du dos

##### •Auscultation :

Les BCF sont auscultés du côté du dos , au dessus de l'ombilic, un peu en dehors de lui

##### •TV :

□Siège complet : segment inférieur malformé, mal amplifié, épais

□Siège décomplété : segment inférieur bien amplifié

- **Examens complémentaires:**

**échographie obstétricale**

Radiographie du contenu utérin

## B/ Pendant le travail :

- Pendant le travail , si la dilatation est suffisante on reconnaît : une masse molle séparée en 2 par le sillon interfessier, au centre duquel on retrouve l'anus.
- A l'extrémité du sillon ; on retrouve une saillie osseuse : le coccyx avec la pyramide sacrée dont la position détermine la variété de position.

### Le **diagnostic différentiel** :

la présentation de la face ou :

- la racine du nez est confondue avec le coccyx
- les joues sont confondues avec les fesses
- la bouche est confondue avec l'anus

## **6/DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT :**

3 accouchements : siège, épaule, tête dernière

C'est un accouchement à rebrousse-poil

## **A/ Accouchement du siège :**

### **a/ engagement :**

- Diamètre d'engagement : diamètre bitrochanterien
- Orientation selon un diamètre oblique du bassin
- Pas d'amoindrissement
- En général facile et synclite dans décomplété, plus laborieux dans le complet

### **b/ descente-rotation :**

- Elles se font en même temps en spirale.
- Elles amènent le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du DI.
- Le sacrum se retrouve dans le diamètre transverse du bassin.
- La rotation se fait en avant si variété postérieure, et en arrière si variété antérieure.

### c/ Dégagement :

- Dans le siège complet :

- La hanche antérieure se cale sous le pubis et se dégage en premier
- La hanche postérieure parcourt la concavité sacro-coccygienne puis le périnée postérieur jusqu'à franchir la commissure vulvaire

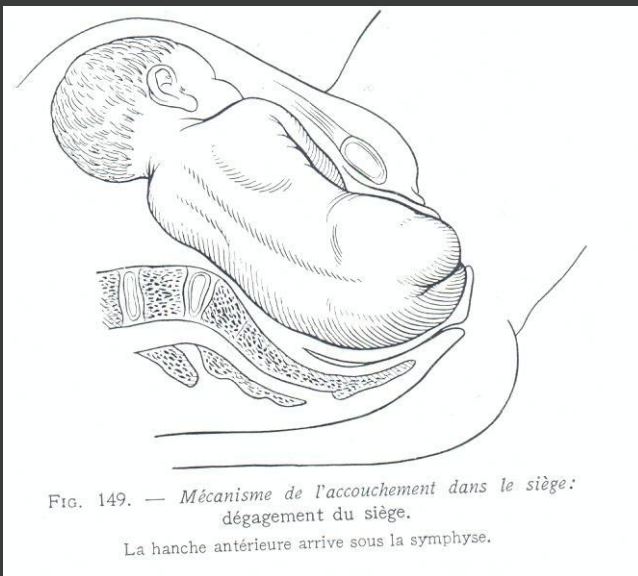


FIG. 149. — *Mécanisme de l'accouchement dans le siège:*  
dégagement du siège.

La hanche antérieure arrive sous la symphyse.



- Dans le siège décomplété :

- Il se dégage en pointant vers le haut en monolithe, puis les jambes se fléchissent sur les cuisses et celles-ci se tendent sur le tronc.
- Ensuite la hanche antérieure se dégage puis la postérieure

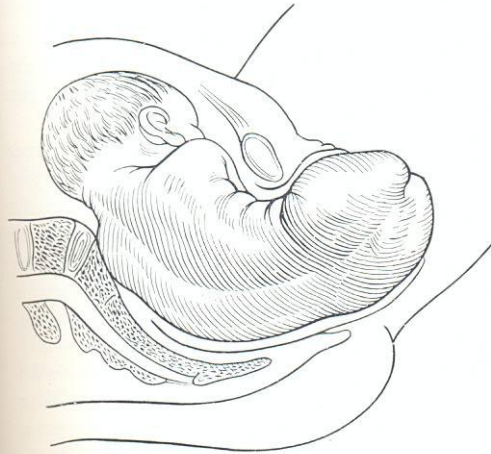


FIG. 150. — *Mécanisme de l'accouchement dans le siège :*  
 dégagement du siège.

La hanche postérieure s'extériorise par inflexion latérale  
 du tronc.

MERGER (3<sup>e</sup>).

## **B/ Accouchement des épaules :**

### **a/engagement :**

Le diamètre biacromial s'oriente dans un diamètre oblique du bassin :

- Soit dans le même que celui emprunté par le bitrochantérien, celui-ci ayant fait un mouvement de restitution en arrière
- Soit dans l'oblique opposé dans les variétés postérieures .Le fœtus faisant un mouvement de spire en avant

### **b/descente-rotation :**

Successives ou simultanées amenant le diamètre biacromial dans le diamètre transversal du DI

### **c/ Dégagement :**

Les épaules se dégagent en transverse , successivement (asynclitisme)

Le dos ayant traversé en avant (condition pour un accouchement du siège ),les bras tombent l'un après l'autre

## **C/ Accouchement de la tête dernière :**

### **a/engagement :**

- Il se fait lorsque les épaules descendent et se dégagent
- La tête s'oriente au DS selon un diamètre oblique puis s'engage fléchie, occiput en avant

### **b/descente-rotation :**

L'occiput tourne en avant pour arriver médian au DI

### **c/ Dégagement :**

L'occiput prend appui sur la symphyse pubienne pour se défléchir , alors se dégagent successivement : face, front et crâne.

## 6/ PHÉNOMÈNES DYNAMIQUES ET PLASTIQUES :

### A/ Phénomènes dynamiques :

On peut observer des anomalies de la progression du travail et de la présentation :

- Des anomalies de la contraction utérine : hypo ou hypertonie
- Un ralentissement ou arrêt de progression de la dilatation
- Un épaissement du segment inférieur
- Une rupture prématurée de la PDE

Ces phénomènes sont plus observés pour les sièges complets car il y a une mauvaise accommodation fœto-pelvienne

## **B/ Phénomènes plastiques :**

- **Siège complet** : la bosse sero-sanguine siège sur les talons, les fesses et l'OGE .Risque de LCH.
- **Siège décomplété** : les fesses et les OGE  
La tête n'est pas déformée par l'accouchement  
On peut voir des aplasies d'un ou des 2 cotyles de l'articulation de la hanche ou agénésie de l'angle du maxillaire inf.

## 7/ANOMALIES MÉCANIQUES :

- Le défaut d'engagement ==> césarienne (il y a souvent une disproportion foeto-pelvienne)
- Le défaut de progression dans l'excavation pelvienne ==> Grande extraction du siège
- Le relèvement des bras ==> manœuvre de LOVSET
- La rétention de la tête dernière :
  - Au dessus du DS (dystocie sévère).
  - Dans l'excavation (dystocie modérée) □ manœuvre de MAURICEAU
  - Au DI (dystocie légère) □ manœuvre de BRACHT



FIG. 152. — *Manœuvre de Mauriceau*: 1<sup>er</sup> temps.



FIG. 153. — *Manœuvre de Mauriceau*: 2<sup>e</sup> temps.



## 8/ PRONOSTIC :

Malgré les risques de complications, la présentation de siège est considérée comme une présentation entocique

### A/ Pronostic maternel :

Il est bon, pas de mise en jeu du pronostic vital cependant , on peut observer des lésions traumatiques (déchirures) du vagin, du col, ou du périnée

### B/ Pronostic fœtal :

#### Mortalité :

A nettement diminué avec la révision des conduites obstétricales, elle est en moyenne de 2-4%

#### Morbidité :

Secondaire aux manœuvres obstétricales et aux extractions instrumentales :

- **Fractures** : du fémur, de l'humérus, de la clavicule
- **Lésions nerveuses** : atteinte du plexus brachial
- **Hémorragies méningées**

## 9/ CONCLUSION :

- ☐ Présentation entocique à condition de bien évaluer le pronostic de l'accouchement
- ☐ La réduction du taux de complications repose sur le respect de la physiologie du travail et de l'expulsion, et sur la bonne indication et réalisation de manœuvres obstétricales