



# Présentation du siège



# Objectifs

---

1. **Définir** la présentation du siège (PS)
2. **Décrire** les particularités de la PS
3. **Décrire** les éléments cliniques du diagnostic de la PS
4. **Décrire** le mécanisme de l'accouchement de la PS
5. **Décrire** la prise en charge de l'accouchement eutocique dans la PS
6. **Décrire** la conduite à tenir en cas de dystocies du siège

# Définition

---

- **Présentation longitudinale au cours de laquelle le fœtus se présente au détroit supérieur par son **extrémité caudale**, alors que le pôle céphalique occupe le fond utérin**
- **Présentation **podalique** ou **pelvienne****

# Intérêt

---

- **Fréquence : 3 à 4%**
- **Présentation eutocique potentiellement dystocique**
  - **Progression à « rebrousse poil »**
- **Pronostic foetal :**
  - **mortalité périnatale 3 fois supérieure au sommet**
  - **Morbidité : traumatisme et anoxie**
- **Choix de la voie d'accouchement**
  - **Surveillance étroite du travail**

# Particularités

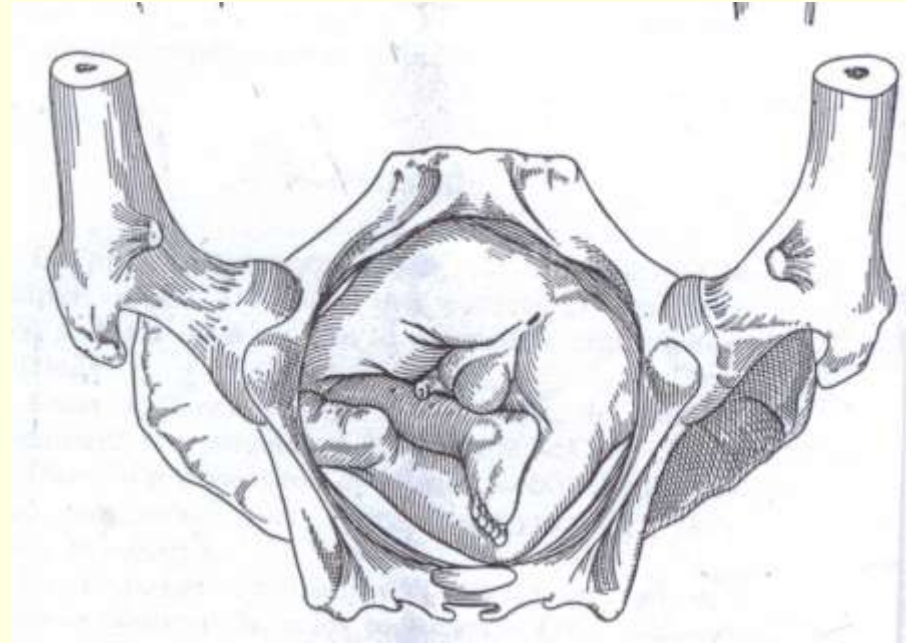
---

## ■ Modes

### ■ Mode complet

- 25 % des présentations du siège
- Jambes fléchies sur les cuisses, elles mêmes modérément fléchies sur le bassin
- Fœtus semble assis « en tailleur »
- Multipare ++

# Mode complet



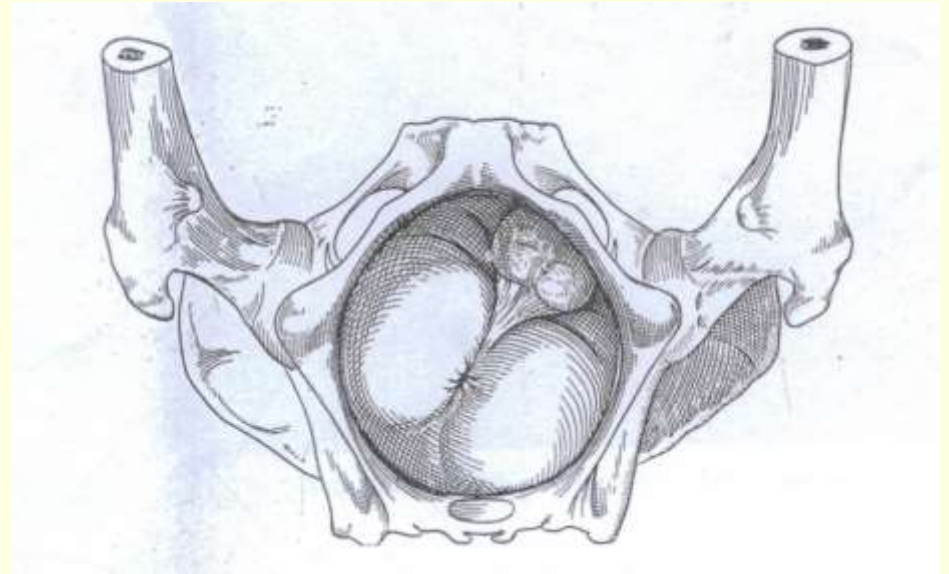
# Particularités

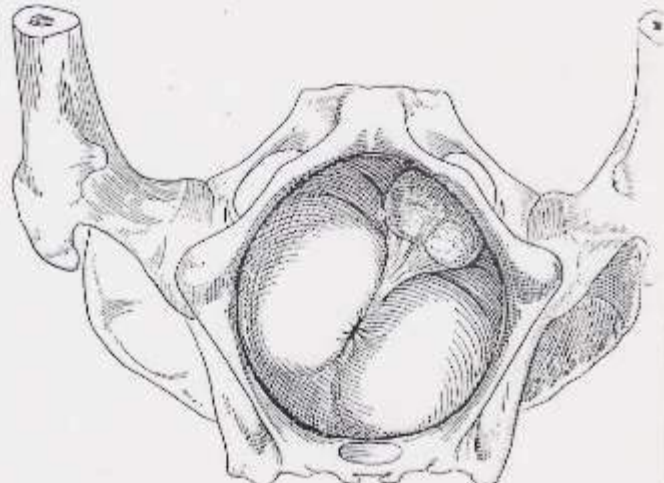
---

## ■ Modes

- **Mode décomplété ou « modes des fesses »**
  - 75% des présentations du siège
  - Jambes sont totalement en extension devant le tronc « en attelles »
  - Cuisses hyper fléchies sur le bassin, de sorte que les pieds arrivent à hauteur de la tête fœtale : les fesses constituent ainsi toute la présentation
  - Primipare ++

# Mode décomplété





# Particularités

---

- **Repère**

  - **Sacrum**

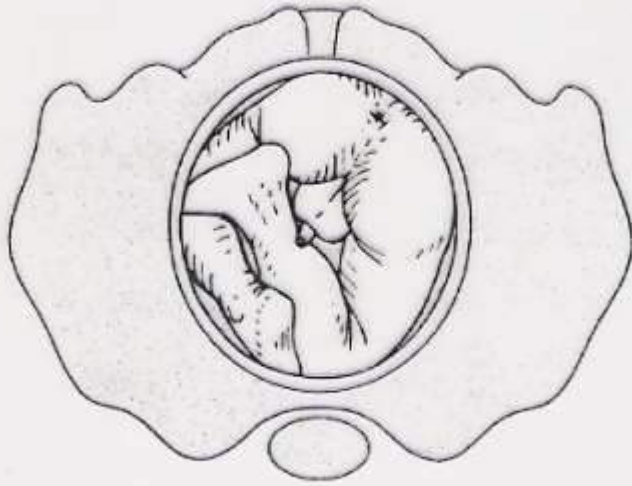
- **Variétés de siège**

  - **-Variétés antérieures**

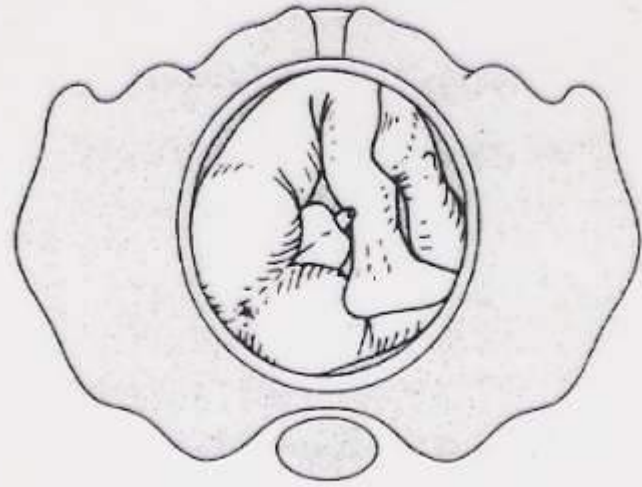
    - **sacro-iliaques gauche antérieure (SIGA) ++**
    - **sacro-iliaque droite antérieure (SIDA)**

  - **Variétés postérieures**

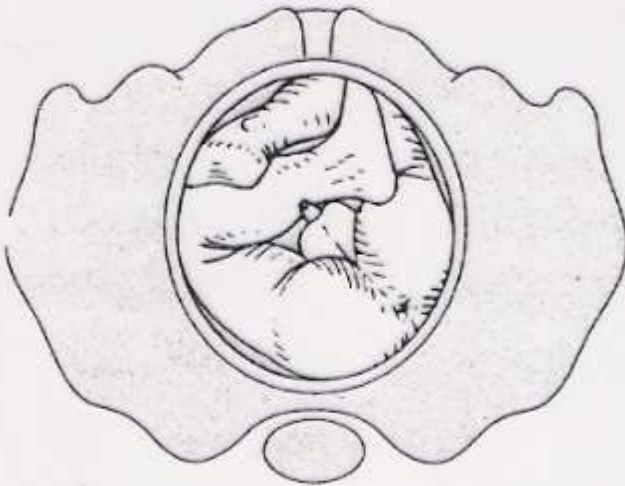
    - **sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP)**
    - **sacro-iliaque droite postérieure (SIDP) ++**



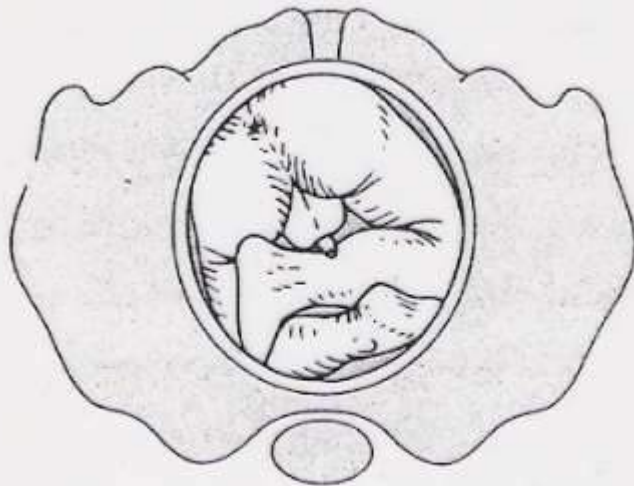
b.



c.



d.

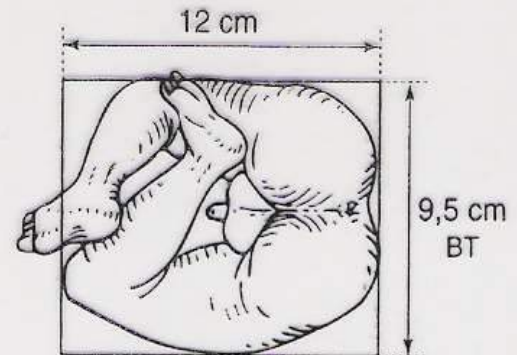


e.

# Particularités

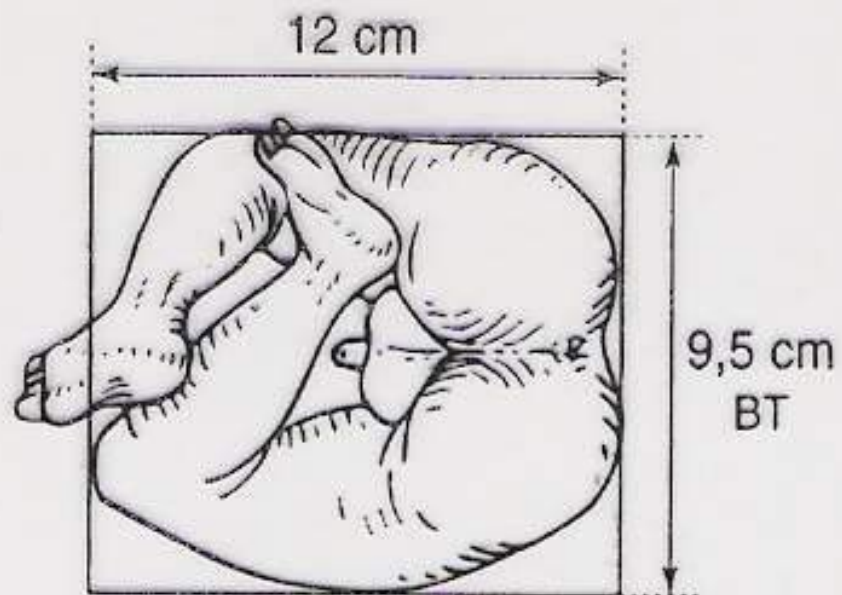
## ■ Diamètres

- le diamètre qui représente le diamètre principal de la présentation est le **bitrochantérien** qui mesure **9,5 cm**.
- le **sacro-tibial** et le **biacromial** : **9 cm**.
- le **sous-occipito-frontal** : **11cm**.



Diamètre bi-trochantérien (BT)

a.



Diamètre bi-trochantérien (BT)

a.

# Diagnostic positif

---

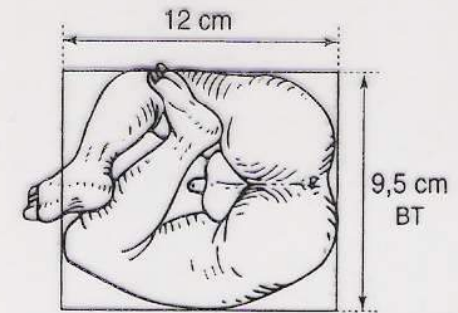
- **Au cours de la grossesse**
  - **Interrogatoire**
    - **Antécédent de présentation du siège**
    - **Gêne sous costale droite**
  - **Inspection**
    - **Utérus à grand axe longitudinal**
  - **Palpation méthodique**
    - **Sus pubien : pôle pelvien mou, irrégulier**
    - **Fond utérin: pôle céphalique arrondi, dure, régulier, ballotant**
    - **Palper latéral: dos d'un côté et membres « fuyants » de l'autre**

# Diagnostic positif

---

- **Au cours de la grossesse**
  - **Auscultation**
    - **Bruits du cœur fœtal en dehors de la ligne médiane, au dessus de l'ombilic**
    - **Toucher vaginal : pauvre**

# Diagnostic positif



Diamètre bi-trochantérien (BT)

a.

## ■ Pendant le travail

- **Toucher vaginal : deux masses molles séparées par le sillon interfessier**
- **Au centre : anus**
- **À l'une des extrémités : saillie osseuse, le coccyx**
- **À l'autre extrémité : organes génitaux externes**
- **Siège complet : un ou deux pieds**

# Diagnostic positif

---

- **Paraclinique**
  - **Radio du contenu utérin**
  - **Échographie**
    - **Biométrie**
    - **Déflexion de la tête**

# Diagnostic différentiel

---

- **Présentation de la **face****

- **Pyramide nasale** ↔ **coccyx**

- **Joues** ↔ **Fesses**

- **Bouche** ↔ **anus**

**Introduction du doigt : reflexe de succion**

- **Présentation de l'**épaule****

- **Saillie unique : acromion**

- **Présentation **céphalique** avec bosse séro-sanguine ou procidence de membre**

# Diagnostic étiologique

---

- **«il n'y a pas de siège sans cause »  
MERGER**
- **Perturbation de la loi de PAJOT**

# Diagnostic étiologique

---

## ■ **Facteurs maternels**

- **Primiparité**
- **Multiparité**
- **Malformations utérines**
- **Tumeurs praevia**
- **Rétrécissements du détroit supérieur**

# Diagnostic étiologique

---

- **Facteurs ovulaires**
  - **Insertion basse du placenta**
  - **Hydramnios – oligoamnios**
  - **Brièveté du cordon**
  - **Grossesse gémellaire ou multiple**

# Diagnostic étiologique

---

- **Facteurs foëtaux**
  - **Prématurité**
  - **Hypotrophie foëtale**
  - **Malformations**
    - **Hydrocéphalie**
    - **Anencéphalie**

# Mécanique obstétricale


---

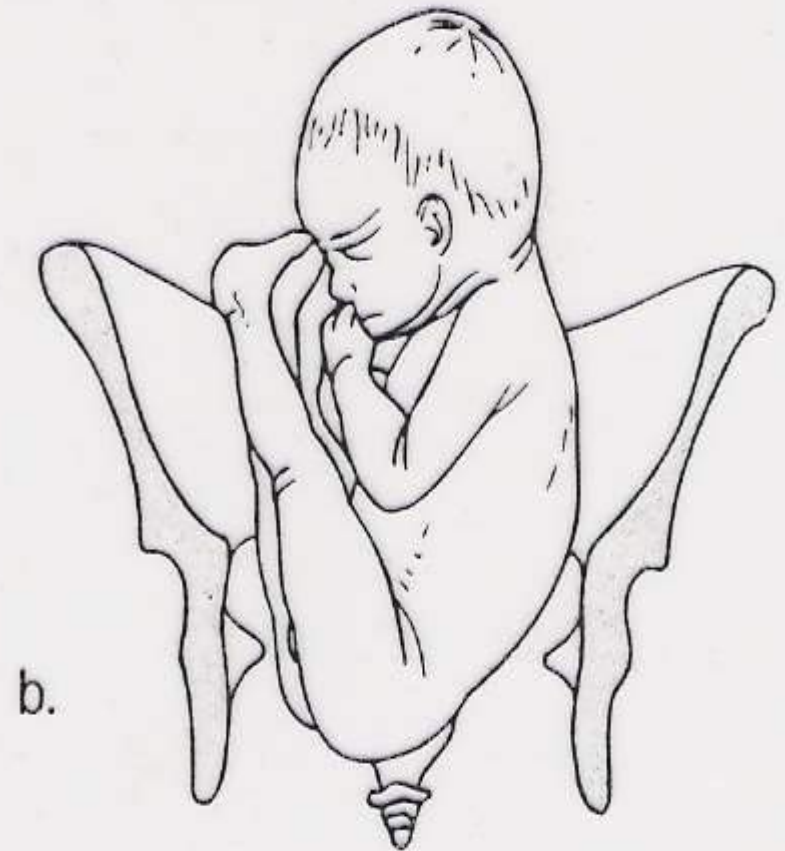
- **Accouchement en 3 étapes de difficulté croissante**
  - **Siège → épaules → tête**
- **Fœtus en monobloc**
- **Descente à « rebrousse poil »**
  - **Accrochage sur les reliefs osseux du bassin**

# Mécanique obstétricale

## Accouchement eutocique

---

- **Accouchement du siège**
  - **Engagement**
    - Orientation : bi-trochantérien dans un diamètre oblique du bassin
    - Amoindrissement (siège complet) par tassement : sacro-tibial (12 cm)  sacro-pubien (9 cm)
    - Engagement ppt dit: plus facile en cas de siège décomplété

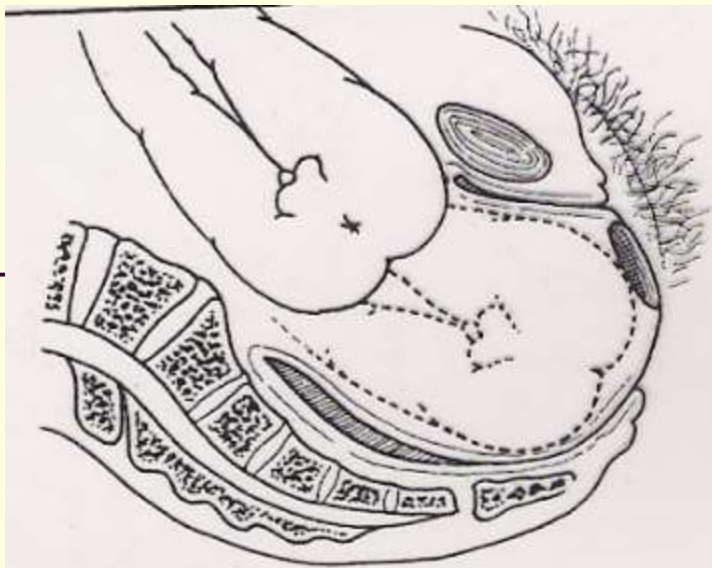


# Mécanique obstétricale

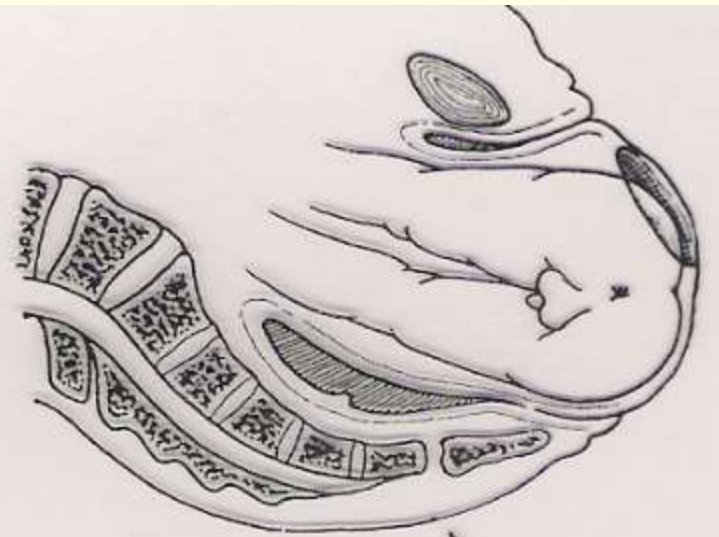
## Accouchement eutocique

---

- **Accouchement du siège**
  - **Descente et rotation**
    - en spirale amenant le bi-trochantérien dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur
  - **Dégagement**
    - En sacro-transverse
    - Hanche antérieure se cale sous la symphyse
    - Parcourt la concavité sacrée, le périnée postérieur avant d'apparaître à la vulve



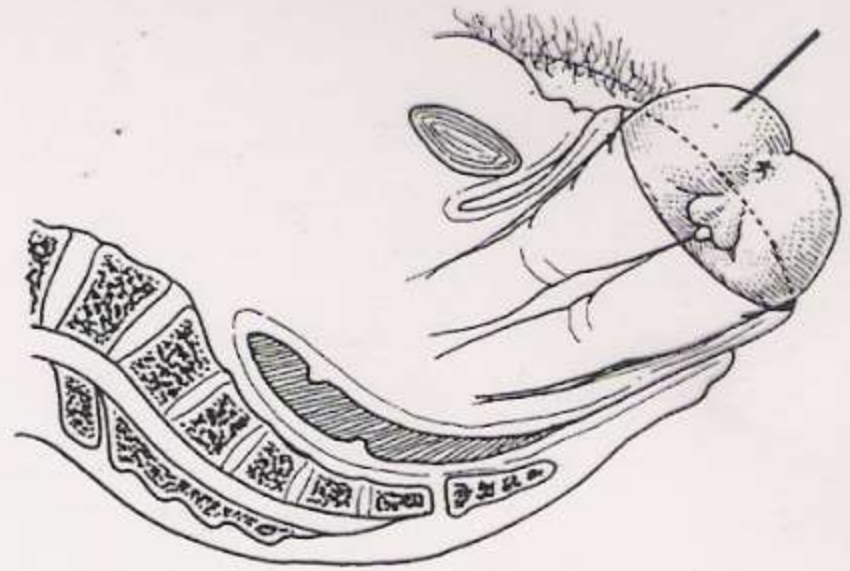
1



2



3



4

# Mécanique obstétricale

## Accouchement eutocique

---

### ■ **Accouchement des épaules**

#### ■ Engagement

- Au moment du dégagement du siège
- Variété ant : même diamètre oblique que le siège
- Variété post : diamètre opposé

#### ■ Descente et rotation

- Simultanées
- Amènent le dos en avant

#### ■ Dégagement

- En dorso-antérieur : épaule antérieure se cale sous la symphyse, épaule postérieure parcourt le périnée

# Mécanique obstétricale

## Accouchement eutocique

---

- **Accouchement de la tête dernière**
  - **Engagement**
    - Diamètre perpendiculaire à celui des épaules
    - Condition : flexion, occiput en avant
    - Si rotation en arrière, menton peut s'accrocher sur la margelle du petit bassin : déflexion de la tête
  - **Descente et rotation**
    - En avant d' $1/8^{\text{ème}}$  de cercle, amenant le sous occiput sous la symphyse
  - **Dégagement**
    - En occipito-pubien après fixation sous la symphyse

# Mécanique obstétricale

## Accouchement dystocique

---

### ■ **Dystocies communes**

#### ■ **Dystocies mécaniques**

- Défaut d'engagement (siège complet ++)
- Défaut de progression (siège décomplété ++)

#### ■ **Dystocie dynamique**

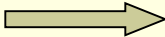
- La plus fréquente
- Utérine (contractions), cervicale (dilatation)
- **MISSION** : « bonne contraction utérine →  
bonne dilatation, bonne dilatation → bon  
siège »

# Mécanique obstétricale

## Accouchement dystocique

---

### ■ **Dystocies communes**

- **Rupture prématurée des membranes**
  - **Siège complet ++**
  - **Procidences : membres –cordon**
- **Souffrance foétale**
  - **Lenteur du travail  anoxie**

# Mécanique obstétricale

## Accouchement dystocique

---

### ■ **Dystocies propres**

#### ■ **Relèvement des bras**

- Erreur technique : traction intempestive – expression abdominale
- « un siège se pousse mais ne se tire pas »

#### ■ **Rétention de tête dernière**

- Situation dramatique
- 3 niveaux
  - Détroit supérieur
  - Détroit moyen et détroit inférieur: col – vagin - périnée

# Mécanique obstétricale

## Accouchement dystocique

---

- **Dystocies propres**
  - **Rotation paradoxale**
    - En arrière
    - Accrochage du menton au bord de la symphyse pubienne

# Pronostic

---

## ■ **Mortalité fœtale**

- 3 fois plus élevée que le sommet
- Prématurité
- Malformations

## ■ **Morbidité fœtale**

### ■ **Traumatisme**

- Hémorragies cérébro-méningées
- Lésions bulbaires et médullaires
- Paralysies du plexus brachial
- Fractures et luxations : clavicule, humérus
- Lésions viscérales : foie – rein - surrénales

# Pronostic

---

- **Morbidité fœtale**

- **Asphyxie**

- 1<sup>er</sup> risque fœtal
    - Compression du cordon
    - Aggravation par relèvement des bras, rétention tête dernière)

# Conduite à tenir

---

- **Pendant la grossesse**
  - **Poser le diagnostic : clinique – radiologie**
  - **Faire le bilan pronostique**
    - **Fœtus**
      - **Maturité**
      - **Volume (hauteur utérine, estimation pondérale, diamètre bi pariétal)**
      - **Attitude de la tête (déflexion)**
      - **Mode de siège**
      - **Vitalité (RCF)**

# Conduite à tenir

---

- **Pendant la grossesse**
  - **Faire le bilan pronostique**
    - **Mère**
      - Bassin osseux (radiopelvimétrie obligatoire)
      - Parité
      - Cicatrice utérine
      - Parties molles
  - **Évaluer le coefficient de risque**

# Conduite à tenir

---

- **Pendant la grossesse**
  - **Au terme du bilan, 3 attitudes**
    - **Césarienne prophylactique : dystocie surajoutée**
    - **Version par manœuvre externe : 36<sup>ème</sup> SA**
    - **Voie basse**

# Conduite à tenir

---

- **Pendant le travail**
  - **Thèse de MISSON**
  - **Respecter la poche des eaux jusqu'à dilatation complète (partogramme)**
  - **Préparer le matériel**
    - **Boite d'accouchement**
    - **Forceps**
    - **Matériel de réanimation pour l'enfant**
  - **Poser une voie veineuse**

# Conduite à tenir

---

## ■ Pendant l'expulsion

1. Perfusion d'ocytocique quand le siège est sur le plancher
2. Efforts expulsifs ne doivent commencer qu'une fois le siège sur le plancher périnéal et **pendant les contractions**
3. Anesthésiste toujours présent (acc. au bloc opératoire)
4. Avoir l'épisiotomie facile
5. Ne jamais tirer prématurément sur un pied

# Conduite à tenir

---

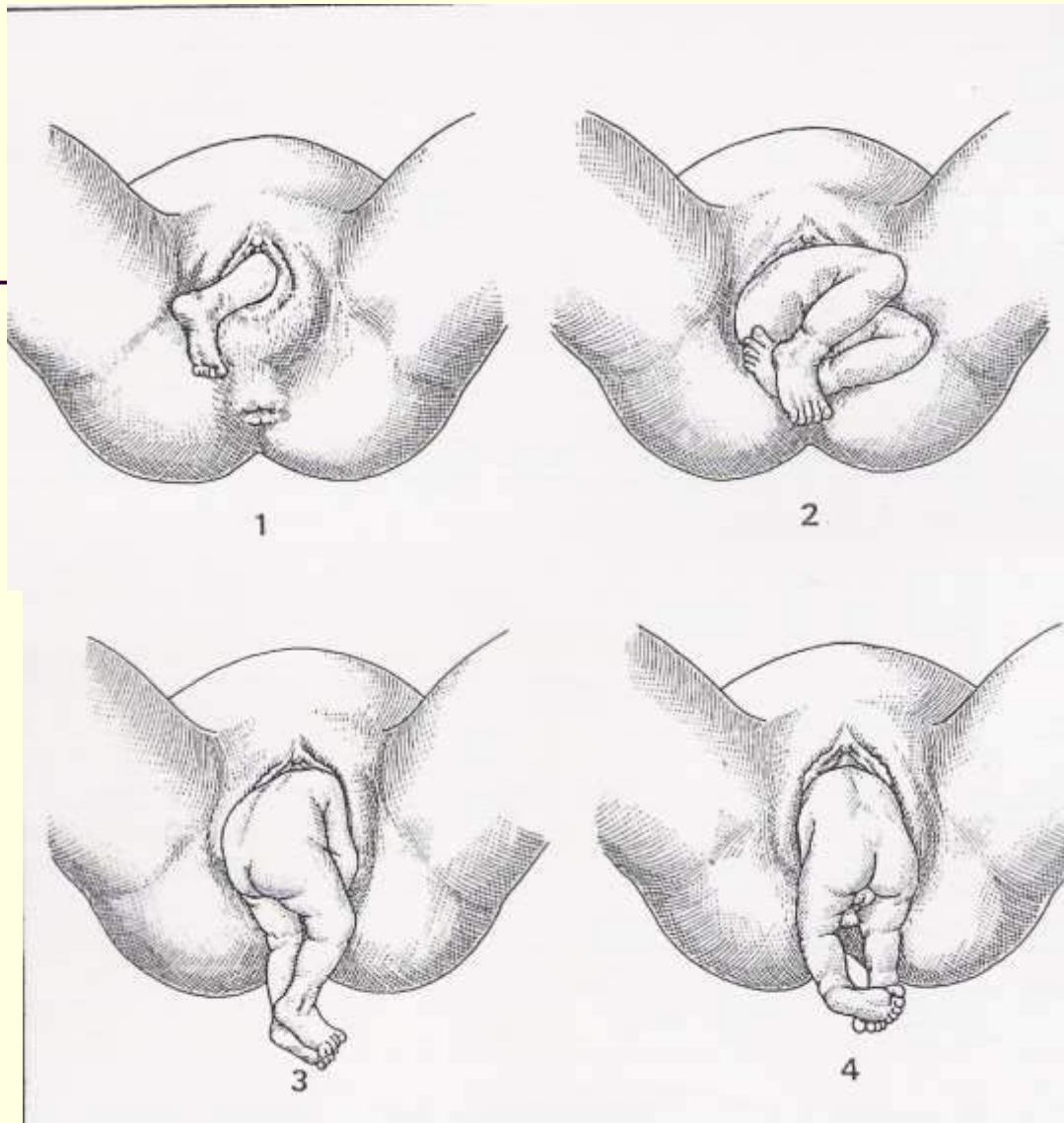
- **Pendant l'expulsion**

6. **Laisser le fœtus se dégager jusqu'à l'ombilic puis choisir une des 3 options :**
  - **Technique de VERMELIN**
  - **Technique de BRACH**
  - **Petite extraction aidée**

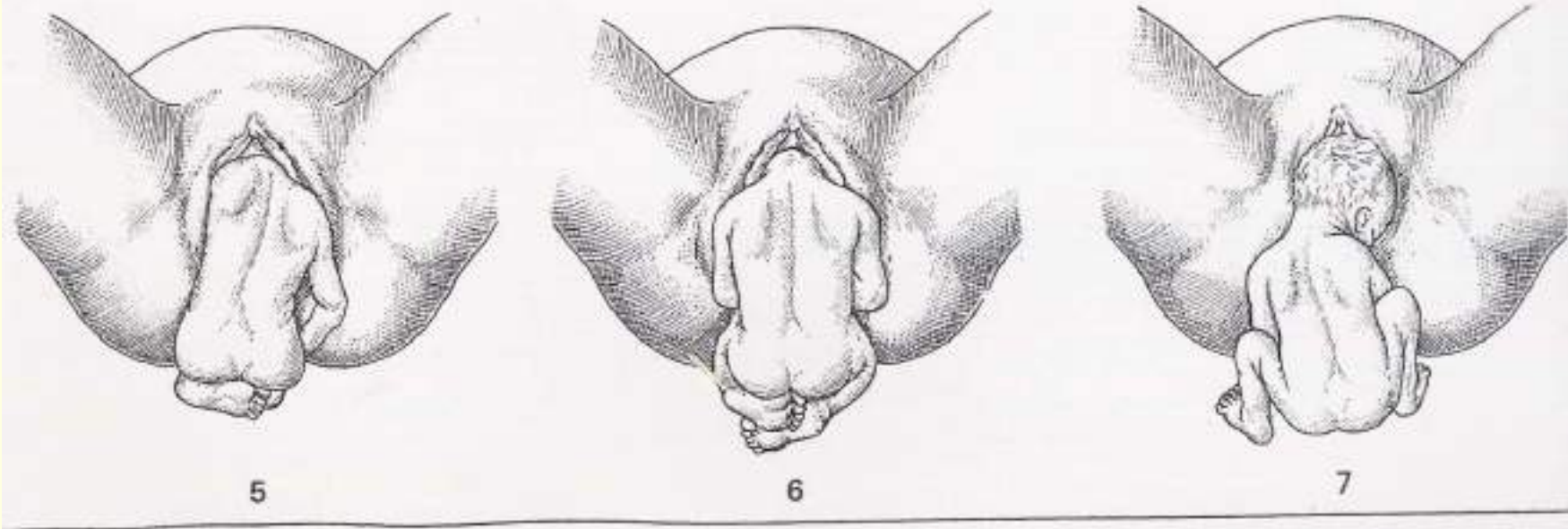
# Conduite à tenir

---

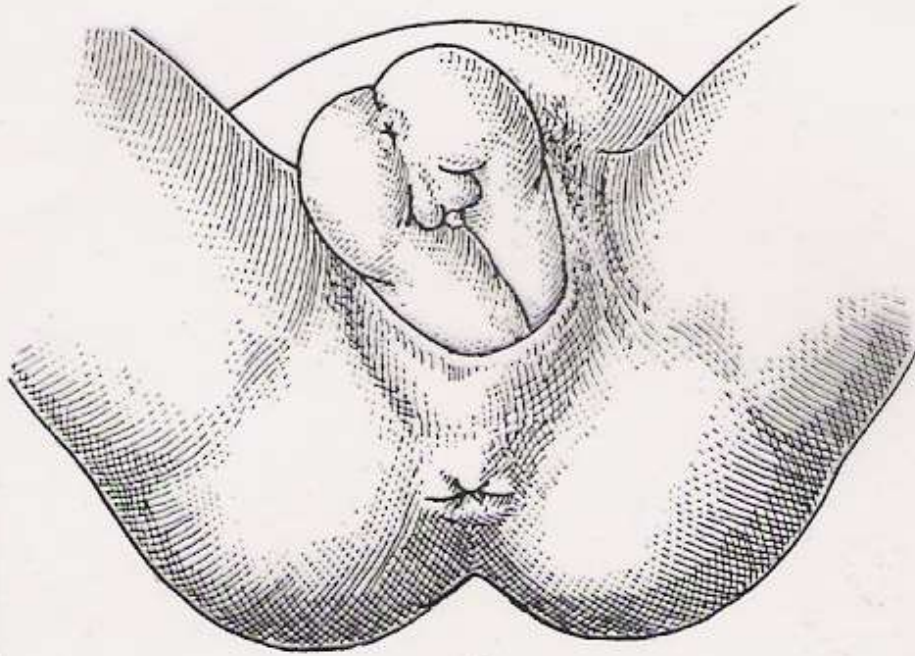
- **Pendant l'expulsion**
  - **Technique de VERMELIN : expectative absolue « plus que rien »**



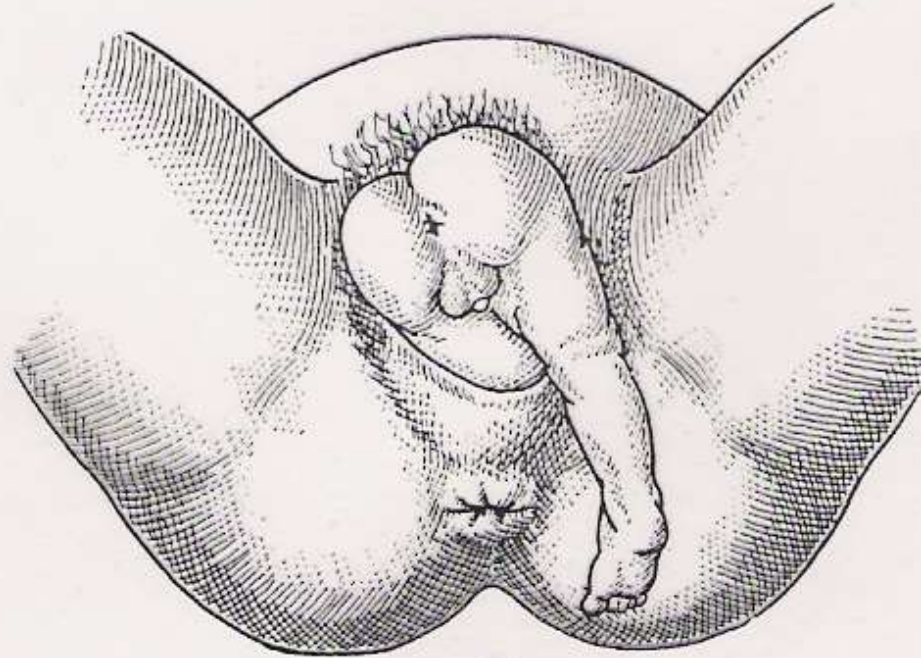
**Le dégagement jusqu'à l'ombilic foetal représente le temps le plus long  
20 à 30 minutes**



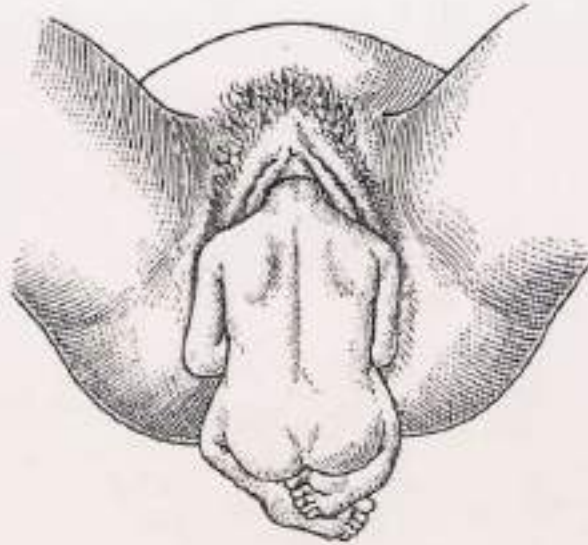
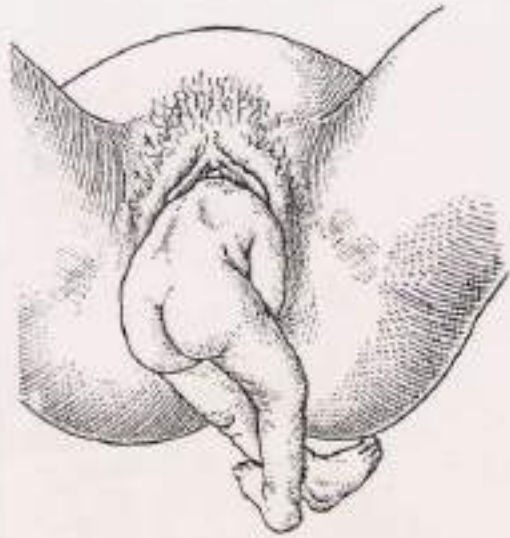
**La deuxième phase du dégagement (épaule et tête dernière) doit être rapide et ne doit pas excéder 5 à 7 minutes, moment où le fœtus effectue quelques inspirations.**



5



6



8

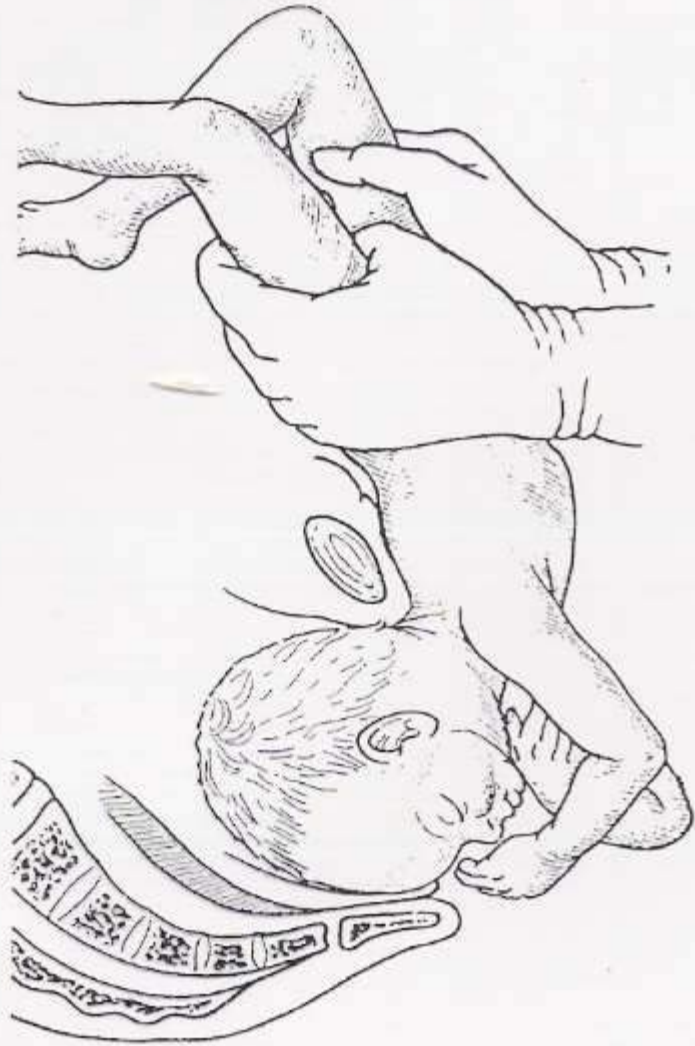


9

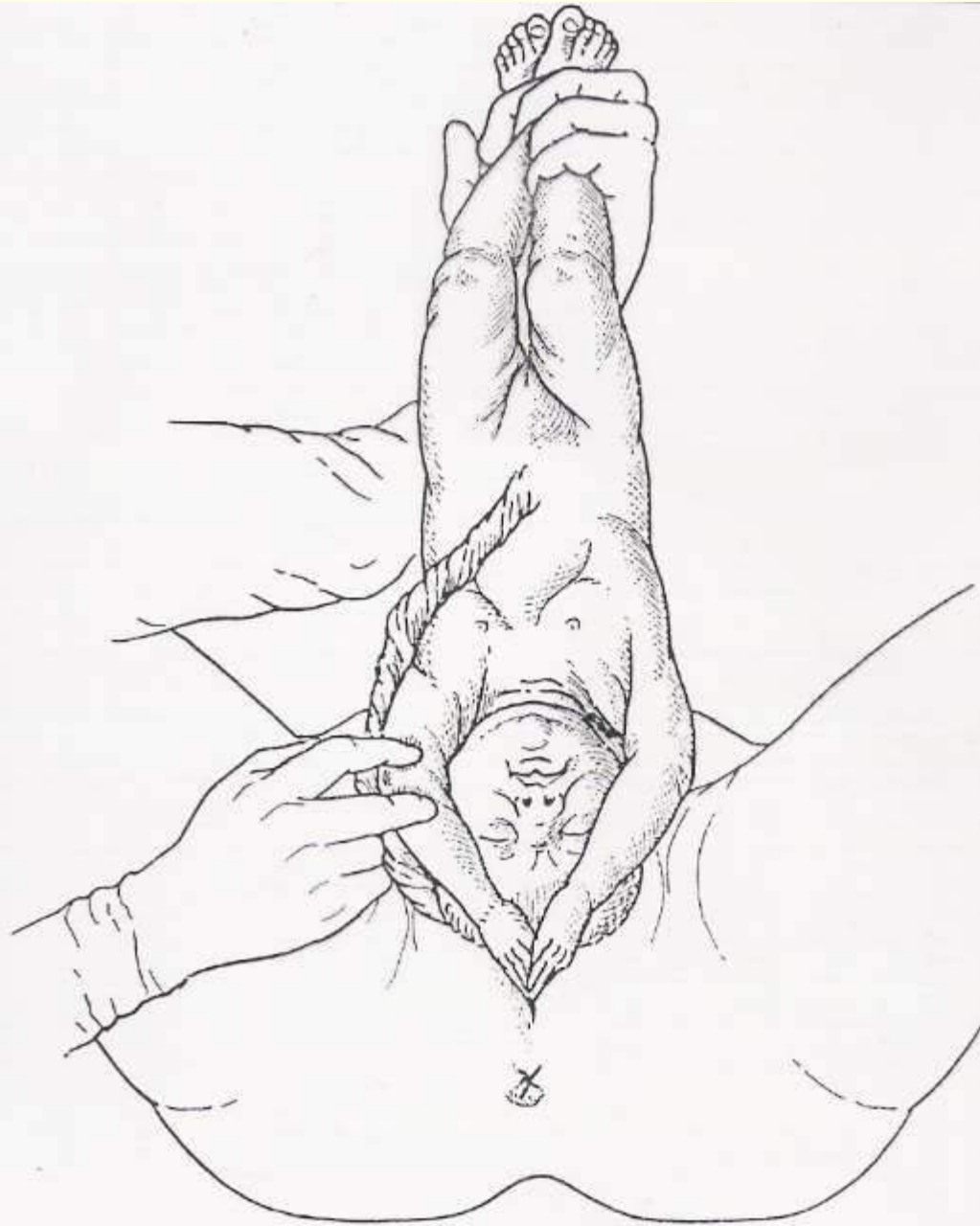
# Conduite à tenir

---

- **Pendant l'expulsion**
  - **Technique de BRACHT**
    - **À l'apparition de la pointe des omoplates, saisir le fœtus par les hanches et le relever à deux mains vers le haut puis le renverser sur le ventre de sa mère, sans traction.**



a



b

# Conduite à tenir

---

- **Pendant l'expulsion**
  - **Petite extraction aidée**
    - Premier temps : dégager les membres supérieurs
    - Deuxième temps: extraire la tête dernière par manœuvre de Lovset, ou la manœuvre de Bracht, ou le forceps sur la tête dernière
- **Après la délivrance, révision utérine systématique**

# Conduite à tenir

---

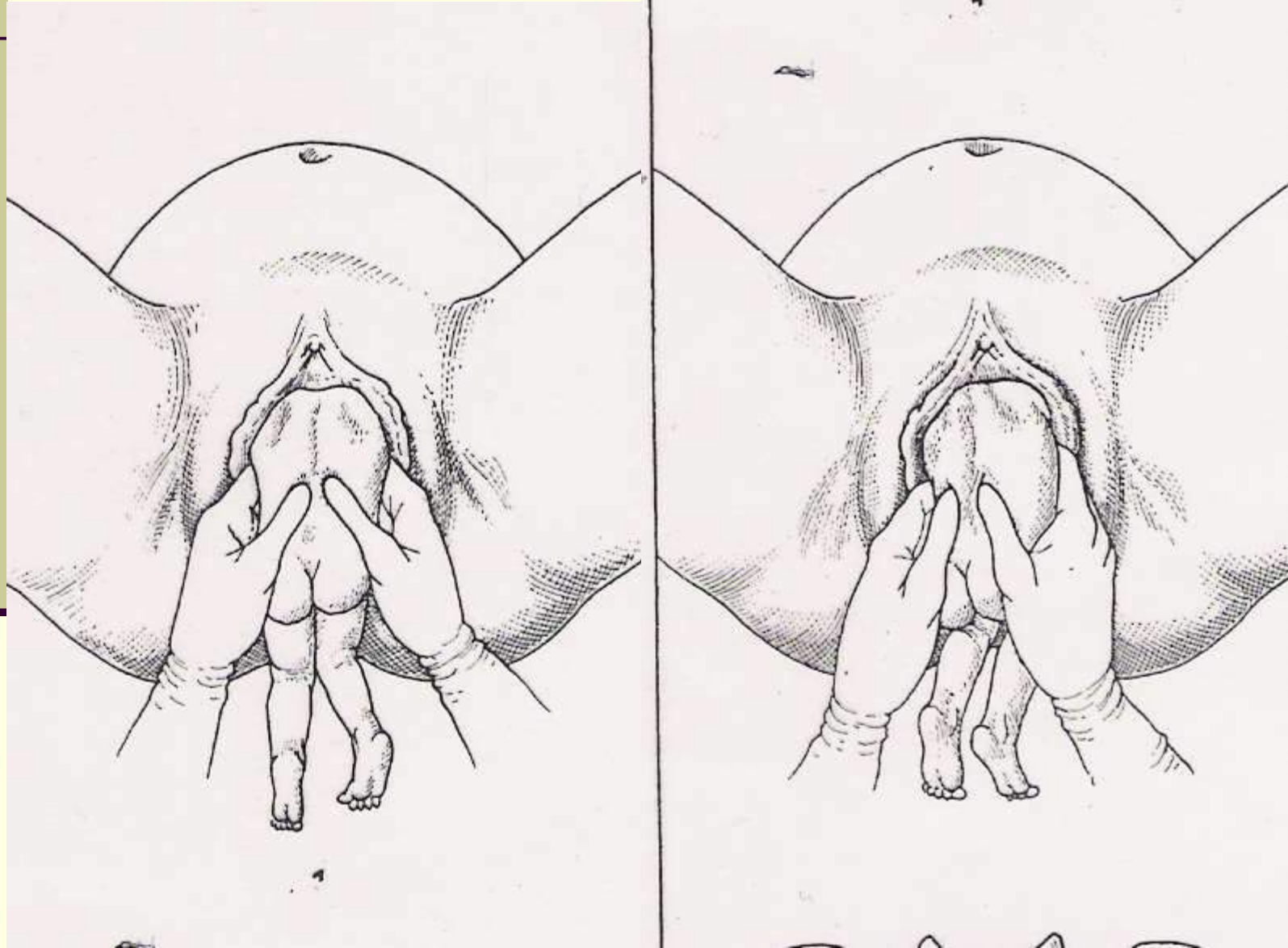
## ■ En cas de dystocie du siège

### ■ Relèvement des bras

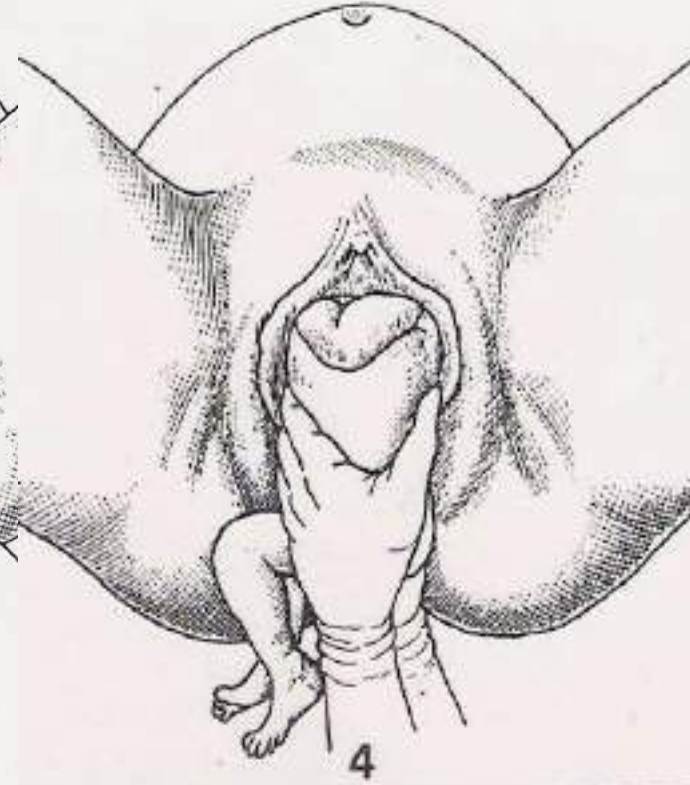
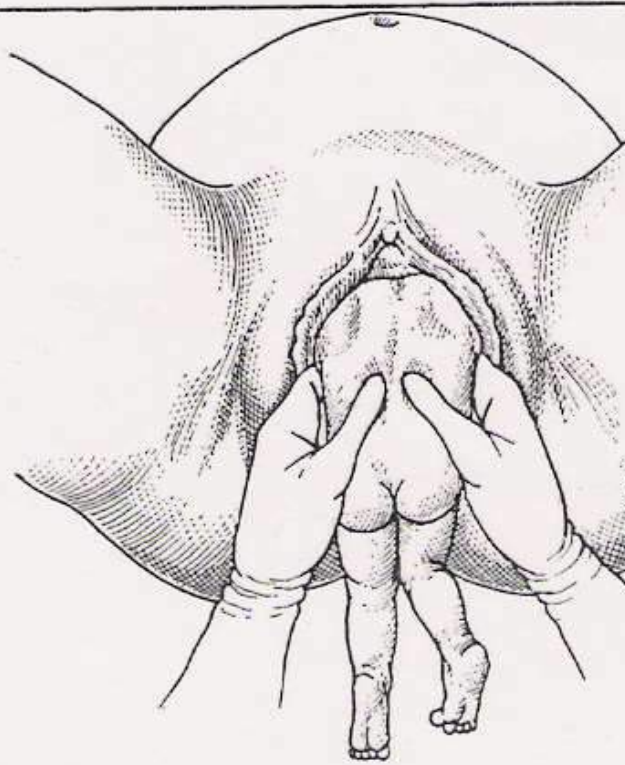
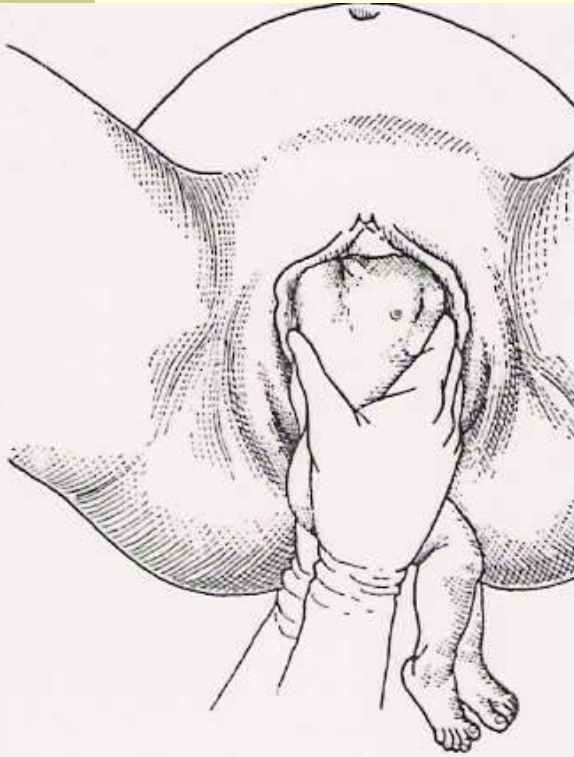
#### ■ Manœuvre de Lovset

- **double rotation axiale du tronc fœtal**
- Fœtus est saisi, pouces sur les lombes, paumes sur les fesses, les autres doigts appliqués sur le ventre
- Première rotation de 90°, dos vers la droite sans traction pour amener le bras antérieur sous la symphyse pubienne, il est dégagé, l'autre épaule descend alors sous le promontoire
- Deuxième rotation de 180° en sens inverse amène le bras postérieur en avant : le coude apparaît à la vulve.

## Manœuvre de Lovset



## Manœuvre de Lovset



# Conduite à tenir

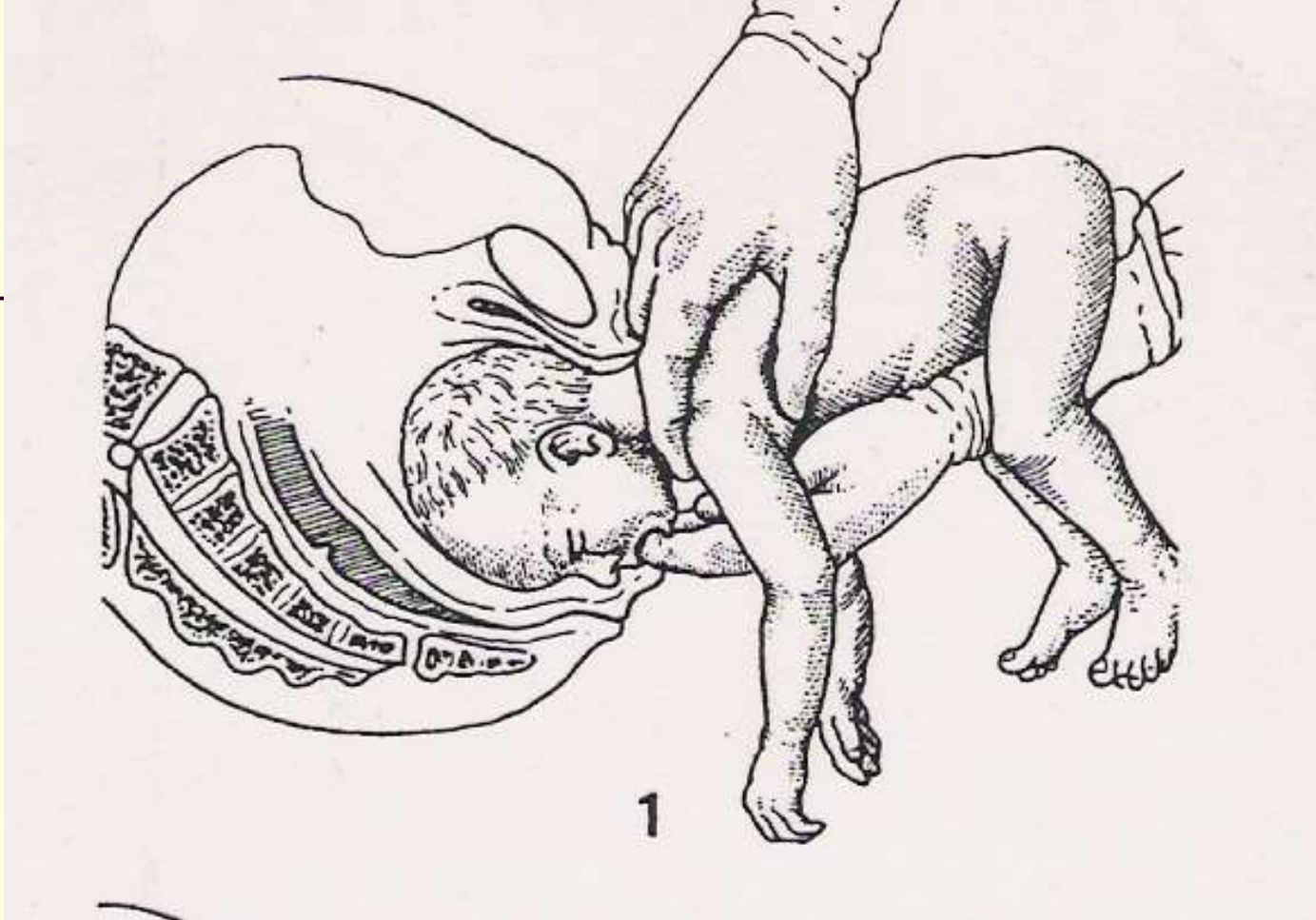
---

- **En cas de dystocie du siège**
- **Rétention de tête dernière**
  - **Détroit supérieur:**
    - **Champetier de Ribes**
      - Main dans la cavité utérine fléchit la tête à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche du fœtus
      - Orientation
      - Engagement
      - Dégagement
      - Manœuvre dangereuse
    - **Zavanelli** : césarienne sur rétention de tête dernière

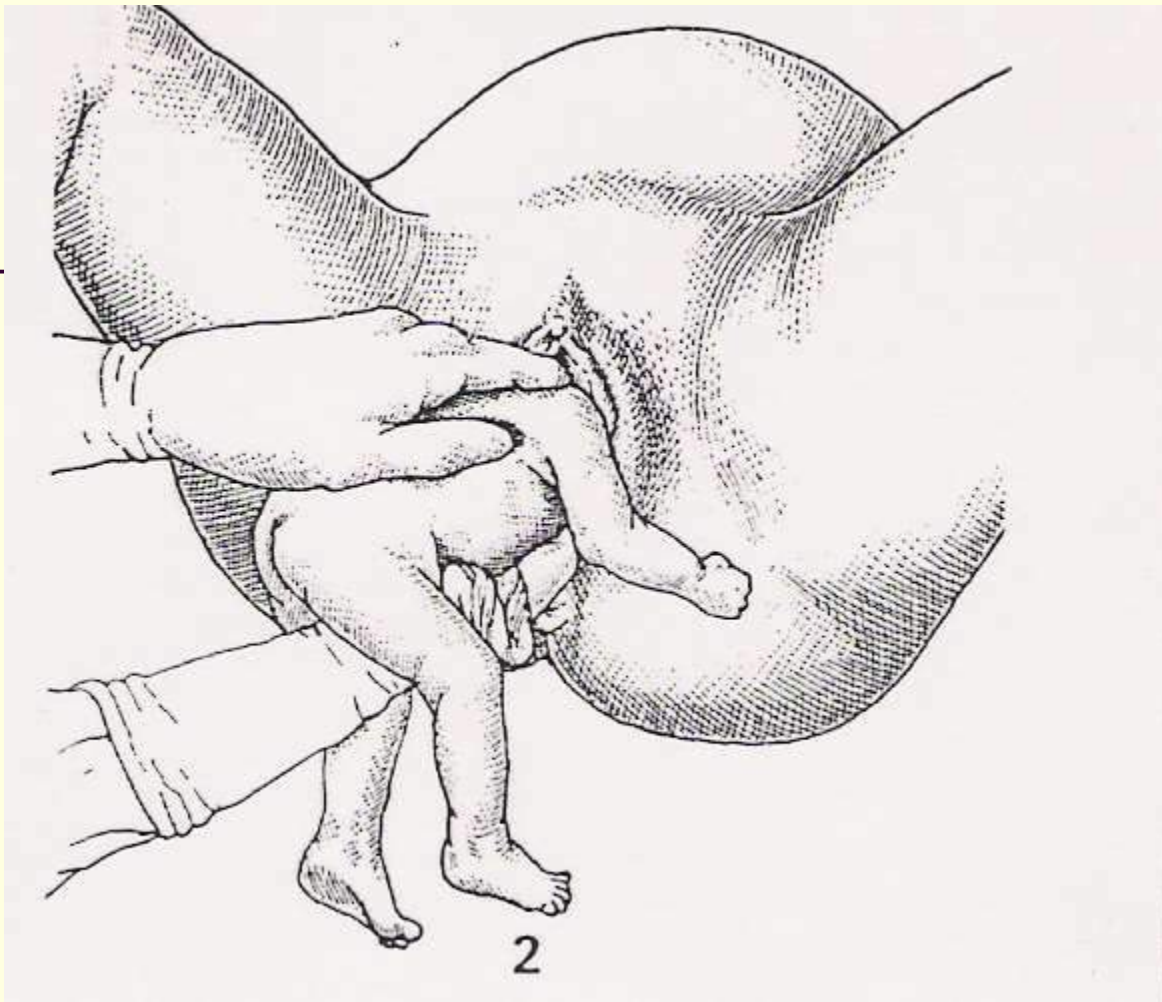
# Conduite à tenir

---

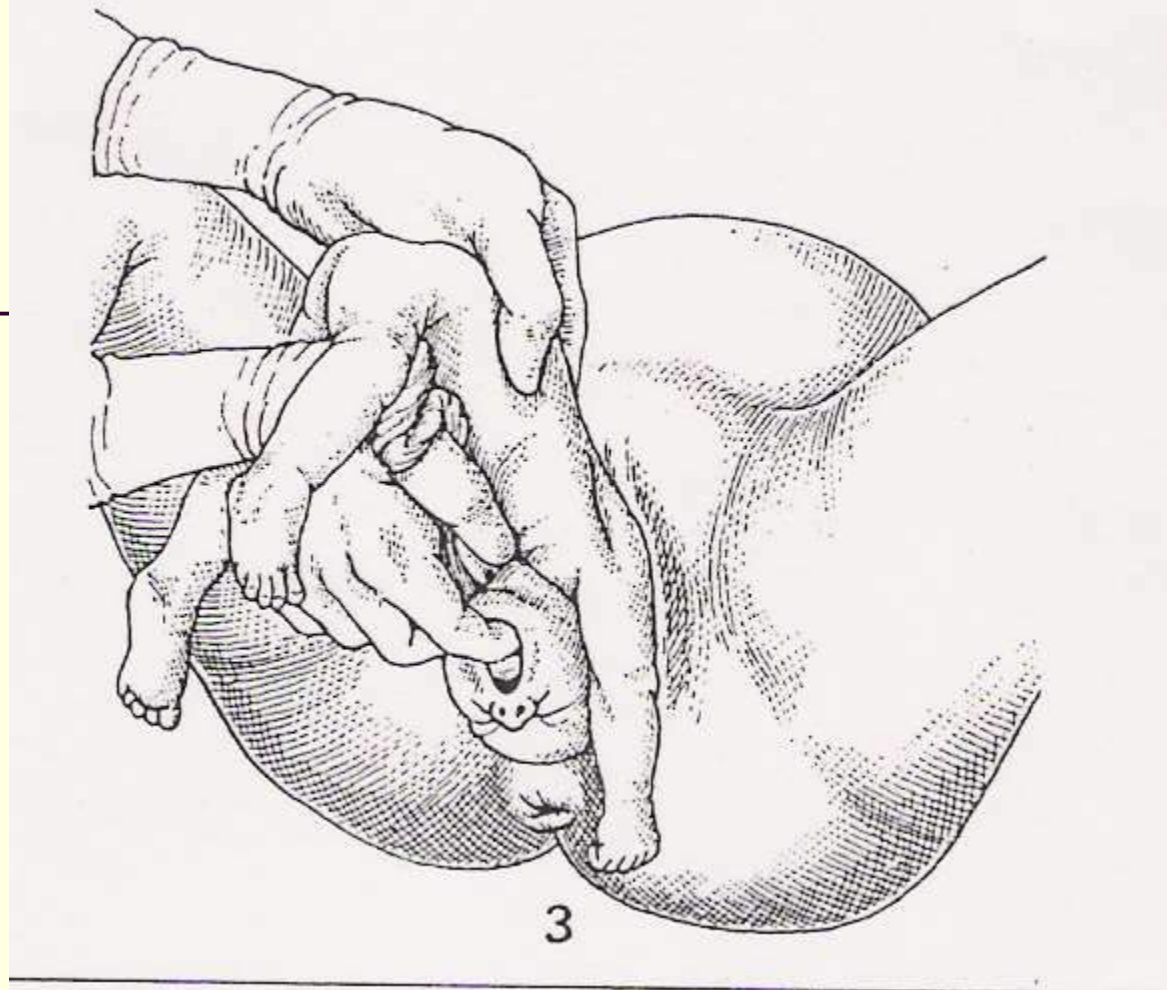
- **En cas de dystocie du siège**
  - **Rétention de tête dernière**
    - **Détroit moyen et inférieur: MAURICEAU**
      - **Risque de paralysie du plexus brachial et lésions du plancher de la cavité buccale.**



Dés l'apparition de la pointe de l'omoplate, le fœtus est placé à cheval sur l'avant bras, on introduit au niveau du vagin deux doigts dans la bouche du fœtus sur la base de la langue. Ensuite l'autre main est placée en crochet de chaque côté du cou du fœtus.



**Flexion de la tête**  
**Rotation de la tête**



**Dégagement de cette tête dernière se fait ensuite en faisant pivoter la nuque fœtale autour du bord inférieur de la symphyse.**

# Conclusion

---

- **Présentation eutocique à potentiel dystocique**
- **Pronostic**
  - **Pendant la grossesse : facteurs de risque**
  - **Pendant le travail : dynamique utérine**

