

DETERMINANTS DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT DANS LA PRESENTATION DU SIEGE CHEZ LA PRIMIPARE A PROPOS DE 627 CAS AU CENTRE DE SANTE NABIL CHOUCAIR, DAKAR, SÉNÉGAL DE 2005 A 2023

M. CISSE, O. GASSAMA, M. NIANG, D. NDOUR, L. GUEYE, A. DIOUF

RESUME

Objectifs : Ils étaient de décrire les caractéristiques socio-démographiques, et cliniques de l'accouchement de la présentation du siège chez les primipares et de préciser les facteurs associés à la voie d'accouchement.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique effectuée au Centre de Santé Nabil Choucair du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2023. L'étude incluait toutes les primipares porteuses d'une grossesse monofoetale dont le terme était supérieur à 22 semaines d'aménorrhée qui venaient accoucher au Centre de Santé Nabil Choucair. Les patientes dont les dossiers étaient inexploitablement en raison d'un nombre important de données manquantes, ainsi que les grossesses arrêtées étaient exclues. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées grâce au logiciel Excel. Elle comprenait l'analyse descriptive et l'analyse analytique.

Résultats : Nous avons colligé 627 accouchements par présentation du siège chez la primipare, soit une fréquence de 0,6%. Le mode de siège décomposé était plus fréquent (38,43%) contre 26,79% de sièges complets. Parmi les facteurs étiologiques, nous avons retrouvé la prématurité (31,25%). Notre conduite face à l'accouchement en présentation du siège était dominée par la voie basse (57,37%) contre 42,7% d'accouchement par césarienne. Les facteurs associés à la voie basse sont la hauteur utérine ($p = 0,001$), le type de bassin ($p = 0,001$) et au mode d'admission ($p = 0,001$).

Conclusion : L'accouchement par voie basse de la présentation du siège chez la primipare est possible dans une maternité de niveau II avec un bloc opératoire. Les indications de césarienne doivent être réservées aux présentations de siège chez la primipare associée à d'autres facteurs de risque.

Mots-clés : Présentation du siège ; Primipare ; Accouchement ; Sénégal.

SUMMARY

Determinants of delivery mode in primiparous women with breech presentation among a study of 627 cases at Nabil Choucair Health Center, Dakar, Senegal from 2005 to 2023.

Objectives: The objectives were to describe the socio-demographic and clinical characteristics of breech delivery in primiparous women and to specify the factors associated with the route of delivery.

Patients and methods: This was a retrospective, descriptive and analytical study carried out at the Nabil Choucair Health Center from January 1st, 2005 to December 31st, 2023. The study included all primiparous women carrying a singleton pregnancy whose term was greater than 22 weeks of amenorrhea who came to give birth at the Nabil Choucair Health Center. Patients whose files were unusable due to a number significant missing data, as well as terminated pregnancies were excluded. Data entry and analysis were carried out using Excel software. It included descriptive analysis and analytical analysis.

Results: We collected 627 deliveries by breech presentation in primiparous women, either a frequency of 0.6%. The uncompleted seat mode was more frequent (38.43%) compared to 26.79% of complete seats. Among the etiological factors, we found prematurity (31.25%). Our behavior regarding delivery in breech presentation was dominated by the vaginal route (57.37%) compared to 42.7% of delivery by cesarean section. The factors associated with the vaginal route are the fundal height ($p = 0.001$), the type of pelvis ($p = 0.001$) and the mode of admission ($p = 0.001$).

Conclusion: Vaginal delivery of breech presentation in primiparous women is still possible in a level II maternity ward with an operating theater. Indications for cesarean section should be reserved for breech presentations in primiparous women associated with other risk factors.

Keywords : Breech presentation; Primiparous; Childbirth; Senegal.

INTRODUCTION

L'accouchement en présentation du siège a toujours été et reste un sujet d'intérêt considérable, vivement discuté en Obstétrique, qui passionne et divise les obstétriciens, particulièrement chez la primipare.

Cela est dû à une importante morbidité et mortalité périnatales et aussi une morbidité maternelle [1]. En Afrique, plus particulièrement au Sénégal, elle est de 3,95% selon une étude faite au centre hospitalier Roi Baudouin [2].

Tirés à part : Mor CISSE Praticien Hospitalier, Centre de Sante Nabil CHOUCAIR, Dakar, Sénégal. Email : morbaye66@gmail.com

CISSE M., GASSAMA O., NIANG M., NDOUR D., GUEYE L., DIOUF A. . Déterminants de la voie d'accouchement dans la présentation du siège chez la primipare à propos de 627 cas au Centre de Santé Nabil Choucair, Dakar, Sénégal de 2005 a 2023, Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 20-25.

Il s'agit d'un accouchement eutocique potentiellement dystocique [3]. Pour entreprendre donc cet accouchement tant redouté des obstétriciens, il est indispensable d'évaluer les risques materno-fœtaux, maternels et périnataux. Cette évaluation doit permettre à l'accoucheur de programmer la césarienne ou de tenter la voie basse.

Le « Term Breech Trial » (TBT) De Hannah publié en octobre 2000 est l'étude qui eu le plus d'impact sur les pratiques cliniques concernant la voie d'accouchement du siège. Cette étude entraîna une augmentation considérable et constante du taux de césarienne pour les présentations du siège dans le monde entier, avec des taux pouvant atteindre 75 à 80% [4]. En 2006, GOFFINET et Coll. ont publié l'étude PREMODA (Présentation et Mode d'Accouchement) qui est une étude observationnelle prospective sur 1 (un) an en intention de traiter en France et en Belgique, 8105 sièges à terme dans 174 centres, le taux d'accouchement par voie basse (VB) effective était de 22,5 %, laquelle n'a constaté aucune différence en matière de mortalité périnatale ou de grave morbidité néonatale entre le travail d'accouchement et la césarienne planifiée [5].

En Afrique par contre, il y a eu beaucoup d'études et presque pas de recommandations, concernant l'accouchement du siège.

Les objectifs étaient d'étudier la fréquence de l'accouchement en présentation du siège chez la primipare, de décrire les caractéristiques socio-démographiques, cliniques de l'accouchement de la présentation du siège chez la primipare, d'apprécier la voie d'accouchement ainsi que les facteurs associés à la voie d'accouchement.

I. PATIENTES ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2023.

2. Population d'étude

La population cible était constituée par l'ensemble des primipares admises à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair pour accouchement en présentation du siège.

2.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclu dans notre étude les primipares porteuses d'une grossesse monofoetale dont l'âge gestationnel était supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée (SA), et ayant accouché d'un fœtus en présentation du siège.

2.2. Critères non inclusion

Nous avons exclu de notre étude toutes les patientes dont les dossiers étaient inexploitable en raison d'un nombre important de données manquantes.

3. Paramètres étudiés

Pour chaque patiente nous avons étudié les paramètres suivants :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les données à l'admission (mode d'admission, motifs d'admission, données cliniques) ;
- les données du travail et de l'accouchement ;
- les données néonatales (score d'Apgar, poids de naissance, devenir néonatal) ; et
- l'évolution et le pronostic maternel et néonatal.

4. Collecte et analyse des données

La collecte était réalisée grâce à la fiche signalétique remplie sur la base de l'analyse des dossiers, du registre d'accouchement, du registre du bloc opératoire et des cahiers de compte rendu opératoire. La saisie et l'analyse des données étaient réalisées grâce au logiciel Excel. Elle comprenait deux parties : l'analyse descriptive et l'analyse analytique. Dans l'analyse descriptive, les variables quantitatives ont été décrites en effectif, pourcentage et moyenne. L'étude analytique consistait en une comparaison des différents types de présentation. Le test de Khi2 était utilisé pour la comparaison de proportion. La différence était statistiquement significative lorsque le p value était strictement inférieur à 0,05. Les Odds entouré de l'intervalle de confiance à 95% permettaient de déterminer la force du lien.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2023, 627 primipares avec un fœtus en présentation du siège avaient accouché à la maternité du Centre de Santé Nabil Choucair, avec un nombre total des accouchements de 98946 sur la période. La fréquence était de 0,6%.

2. Caractéristiques socio-démographiques

• Âge

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 23 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans ; plus de la moitié des patientes (62,75%) appartiennent à la tranche d'âge de 20-29 ans.

• **Statut matrimonial**

Dans notre série, 80,86 % des patientes étaient mariées et 4,94 % étaient célibataires.

3. **Données cliniques**

• **Mode d'admission**

Dans notre étude plus des ¾ des patientes (79,54%) étaient venues d'elles-mêmes et 8,17% étaient référées.

• **Hauteur utérine**

La hauteur utérine était en moyenne de 31,73 cm avec des limites de 21 et 41 cm. Cette hauteur utérine était dans 92,18% inférieure à 36cm.

• **Bruits du cœur fœtal**

Les bruits du cœur fœtal (BDCF) étaient perçus chez 98,07% des parturientes.

• **État des membranes**

Dans notre étude plus de la moitié des patientes (68,76%) présentaient une poche des eaux rompue ; pour 30,76% elle était intacte et pour 0,48% elle présentait une fissure haute.

• **Aspect du liquide amniotique**

Dans notre étude le liquide amniotique était clair chez 51,01%, teinté dans 28,41% et méconial dans 20,58%

• **Mode type de siège**

Dans notre étude 68,43% étaient des sièges décomplétés et 31,57% des sièges complets.

• **Niveau de la présentation**

Dans notre étude 15,62 % des présentations étaient engagées et 11,16% appliquées au moment de l'admission.

• **Pelvimétrie clinique**

Concernant les bassins, 87,66% d'entre eux ont été jugés cliniquement normaux ; 8,81% étaient rétrécis parmi lesquels 54,55% étaient transversalement rétrécis et 45,45% généralement rétrécis.

• **Surveillance du travail**

La surveillance du travail était réalisée par le partogramme et il était effectif chez 271 patientes (43,50%).

4. **Facteurs associés à la voie d'accouchement en présentation du siège**

• **Lien entre la hauteur utérine et la voie d'accouchement**

La voie d'accouchement variait suivant la hauteur utérine. En effet, une hauteur utérine supérieure à 36 centimètres était associée à une césarienne (p = 0,001. Cette hauteur utérine élevée était liée souvent à la macrosomie. Tous les macrosomes sont nés par césarienne (tableau I).

Tableau I : Voie d'accouchement suivant la hauteur utérine

Hauteur utérine	Voie d'accouchement		Total	p value
	Voie basse n (%)	Césarienne n (%)		
< 36 cm	344 (59.8)	231 (40.2)	575 (100)	<0,001*
36 cm +	8 (19.5)	33 (80.5)	41 (100)	
Total	352 (57.1)	264 (42.9)	(100)	

• **Lien entre le bassin et la voie d'accouchement**

La voie d'accouchement était liée au type de bassin. En effet, le bassin rétréci était associé à la césarienne. Le lien était statistiquement significatif (p = 0,001). Le tableau II résume la fréquence de la voie d'accouchement suivant le type de bassin.

Tableau II : Voie d'accouchement suivant le bassin

Bassin utérin	Voie d'accouchement		Total	P value
	Voie basse n(%)	Césarienne n(%)		
Normal	348 (63.9)	197 (36.1)	545 (100)	<0,001*
Rétréci	3 (5.5)	52 (94.5)	55 (100)	
Limite	4 (19)	17 (81)	21 (100)	
Total	355 (57.2)	266 (42.8)	(100)	

• **Lien entre le mode d'admission et la voie d'accouchement** (tableau III)

La voie d'accouchement était liée au mode d'admission. En effet, la césarienne était plus fréquente chez les patientes évacuées. Le lien était statistiquement significatif (p=0,001).

Tableau III : Voie d'accouchement suivant le mode d'admission

Mode d'admission	Voie d'accouchement		Total	p value
	Voie basse N (%)	Césarienne N (%)		
Venue d'elle même	283 (59.2)	195 (40.8)	478 (100)	0,001*
Référée	34 (66.7)	17 (33.3)	51 (100)	
Évacuée	37 (44)	47 (56)	84 (100)	
Programmée	0 (0)	7 (100)	7 (100)	
Autre	0 (0)	1 (100)	1 (100)	
Total	354 (57)	267 (43)	621 (100)	

III. DISCUSSION

1. Limites de notre étude

Il s'agit d'une étude rétrospective. Beaucoup de dossiers étaient incomplets parfois inexploitable. Les problèmes rencontrés étaient :

- l'absence d'échographie du troisième trimestre et de radiopelvimétrie chez la majeure partie de nos parturientes ;
- l'absence de moyens appropriés ou adéquats de surveillance du travail d'accouchement (cardiotocographe, pH métrie).

3. Aspects socio-démographiques

Dans notre étude l'âge moyen des patientes était de 23 ans avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Plus de la moitié des patientes (62,75%) appartienne à la tranche d'âge de 20-29 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de SAMBOU qui rapportait un âge moyen de 26,5 avec des extrêmes de 15 et 48 ans [6] et de TINE [7] qui rapportait un âge moyen des patientes de 25,8 avec des extrêmes allant de 15 et 48 ans.

BENTAHIR, retrouvait un âge moyen de 26,7 avec des extrêmes de 14 et 44 ans [2] et MBENGUE [8] un âge moyen de 28,5 avec des extrêmes de 15 et 55.

4. Aspects cliniques

Dans notre étude le diagnostic de siège était posé avant le travail chez seulement 7,68% des patientes. Nos résultats diffèrent légèrement de ceux de SAMBOU avec 10,1% de sièges diagnostiqués avant le travail [6] et de ceux de TINE [7] avec 20% de sièges diagnostiqués avant le travail.

Dans l'étude de BENTAHIR aucun diagnostic de siège n'était fait avant le travail [2].

Dans notre série, 68,43% étaient des sièges décomplétés, 31,57% des sièges complets. Ces chiffres sont concordants avec ceux présentés dans le Term Breech Trial (TBT) [4], dans lequel il est décrit 33,7 % de sièges complets et 62 % de sièges décomplétés pour un total de 2083 accouchements en présentation du siège (4,3 % restant de présentation non définie).

Dans l'étude PREMODA, les sièges décomplétés sont les plus fréquents et représentent environ deux tiers des présentations du siège à terme alors que les sièges ne sont complets que dans environ un tiers des cas [5]. Au Mali KONÉ [9] notait une prédominance du mode décomplété, 77,3% contre 22,7% de mode complet. TINE dans sa série avait retrouvé 50,7% de mode complet, 25,3% de mode décomplété et 24% dont le mode n'était pas renseigné [7]. Quant à SAMBOU dans sa série, avait retrouvé 60 % de siège décomplété contre 40% de siège complet.

5. Voie d'accouchement et les facteurs liés à la voie d'accouchement

Dans notre série le taux d'accouchement par voie basse était de 57,37% et 42,7% de césarienne. Cependant, notre taux est en deçà de ceux rapportés dans la littérature occidentale : BERGER et HANNAH qui rapportaient respectivement 56,5% et 73,5% de césariennes [4, 10].

Ceci est dû en partie au Term Breech Trial (TBT) publié par Hannah et al. En 2000 [4] qui a suggéré une césarienne à la place de l'accouchement par voie basse pour un meilleur pronostic néonatal.

Cependant, l'étude « PREsentation et MODE d'Accouchement » (PREMODA) [5] dont l'objectif était de comparer la morbidité et mortalité néonatale en fonction de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège montrait les résultats suivants : le taux d'intention de voie basse était de 31,2 % avec 22,5 % de femmes ayant finalement accouché par voie basse. Les données de cette étude apportent aussi qu'il y'avait 0,6% d'accouchements voie basse avant la date de césarienne programmée.

Au Canada, l'étude de Lyons et al. [11] avait montré que seulement 12 % des présentations du siège ont bénéficié d'une intention de voie basse avec 25 % de voix basse effective. Aux Etats-Unis, l'étude de Lee et al. [12] ont rapporté une variation du taux de césarienne pour siège entre 1997 et 2003, respectivement de 83,8 % à 85,1%.

L'enquête de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé maternelle et périnatale a permis d'obtenir des données sur les modalités d'accouchement du siège en Asie [13]. Cette étude rapporte un taux d'accouchement par voie basse en situation de

présentation non céphalique de 28,7 %, de césarienne programmée de 30,7% et de césarienne pendant le travail de 40,7 %. Notre taux de césariennes est supérieur à ceux de SAMBOU avec 31% de césarienne, BENTAHIR 39% et Mouhamed 55,1% [2, 6, 14]. Nos forts taux par rapports à ceux relevés dans la littérature africaine pourraient s'expliquer par la primiparité de nos patientes.

Plusieurs facteurs peuvent influencer le mode d'accouchement qu'ils soient maternels, fœtaux ou annexiels.

Concernant les facteurs maternels, la primiparité est considérée comme défavorable. Alors que nos résultats ont montré que le taux d'accouchement par voie basse était important chez les primipares. Les principaux facteurs qui peuvent influencer le mode d'accouchement étaient l'âge gestationnel, l'état des membranes et l'estimation du poids fœtal.

La majorité des auteurs, préconisent la césarienne pour un terme compris entre 28 et 33 semaines, et un poids estimé inférieur à 2000 g. La voie basse en revanche peut être acceptée si le terme est supérieur à 34 semaines, le poids estimé au-dessus de 2000 g et en l'absence d'anomalies fœtales [15, 16]. Ceci ne concorde pas avec les résultats de notre étude. Ce fait pourrait être lié au retard diagnostique et thérapeutique de la présentation du siège constaté dans notre série. Par contre, dans notre série, une césarienne était réalisée dans 100% des cas de macrosomie, ceci est certainement dû au fait que nos patientes étaient toutes primipares.

La macrosomie est un facteur de risque de rétention de la tête dernière, la césarienne est conseillée pour toute estimation du poids à plus de 4000 g pour ERKKOLA, et à plus de 3800 g pour AUDRA. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature [16, 17].

La rupture prématurée des membranes dans notre série, était une indication de césarienne dans tous les cas 41,2 %. Nos résultats sont identiques avec les données de la littérature où DESCARGUES, retrouvait des taux de césarienne élevés lorsque les membranes étaient rompues [18]. MERGER, en fait une indication de césarienne, si elle n'est pas suivie dans les 10 heures, d'une franche entrée en travail [1].

Quant à la prise en charge de l'accouchement proprement dit, plusieurs auteurs préconisent l'abstention complète, laissant l'expulsion se dérouler normalement ; l'expérience et l'habileté de l'accoucheur y jouant un rôle primordial [19].

CONCLUSION

L'accouchement en présentation du siège est un sujet qui suscite toujours des débats entre obstétriciens dans les sociétés savantes. Aux partisans de la césarienne systématique s'opposent les partisans de la voie basse qui réclament une meilleure connaissance des facteurs de risque, afin de restreindre les indications abusives de césarienne qui ne feraient que multiplier la mortalité et la morbidité maternelle, le coût en santé publique, et engager le pronostic des grossesses ultérieures. Beaucoup de recommandations ont été formulées mais jusqu'à présent aucun consensus international n'a été obtenu quant à la prise en charge de l'accouchement du siège.

REFERENCES

1. **Merger R, Lévy J, Melchior J.** Présentation du siège in Précis d'Obstétrique. 6-ème édition. Paris : Elsevier Masson; 2011. page 185-195.
2. **Bentahir S.** Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au centre de santé Roi Baudouin de Dakar. [Thèse :Méd] Dakar 2009 ; numéro 43 .
3. **Merger R, Lévy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Présentation du siège. 6è Edition. Paris: Elsevier Masson; 1995. Page 618.
4. **Hannah Me, Hannah Wj.** Accouchement par présentation du siège: la fin d'une époque. Lancet 2000; 356:9.
5. **Goffinet.F, Carayo.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(4) :1002-11
6. **Sambou F.** Aspects épidémiologiques diagnostiques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au centre de Nabil Choucair [Thèse de Doctorat Médecine] Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 2017. N°201.
7. **Tine M N.** Accouchement de la présentation du siège chez la primipare au centre de santé Nabil Choucair, Dakar, Sénégal de 2005 à 2018 : Aspects épidémiologiques cliniques pronostiques et thérapeutiques. [Mémoire de Médecine] Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2020. N°388
8. **Mbengue S M B. A.** Aspects épidémiologiques et pronostiques de l'accouchement en présentation du siège au Centre Hospitalier National de Pikine Dakar, Sénégal durant l'année 2019 [Thèse de Doctorat de Médecine]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; 2021. N°123.

9. **Kone S.** Problématique de l'accouchement du siège à l' hôpital Niannankoro Fomba de Seégou. [Thèse de Doctorat de Médecine]. Bamako; 2023. N°272.
10. **Berger C H.** Siège : vous avez dit « voie haute » J Gynécol Obstét Biol Reprod 2000; 29: 525-526.
11. **Lyon J, Pressy T, Bartholomew S, Liu S, Liston Rw, Joseph Ks,** et al. Delivery of breech présentation at term gestation in canada, 2003-2011. Obstet Gynecol 2015 ; 125(5) :1153-61.
12. **Lee Hc, El-Sayed Y.Y., Gould J.B,** Population trends in cesarean delivery for breech presentation in the United states, 1997-2003. Am j Obstet Gynecol 2008 ;199(1)[59.e1-59.e8]
13. **Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu Am, SUZA JP,** et al. Méthode of delivery and pregnancy outcomes in asia : The WHO global survey on maternal and perinatal health2007-8. Lancet 2010 ; 375(9713) :490-9.
14. **Mouhamed B.** Pronostic et facteurs prédictifs de césarienne au cours de l'accouchement du siège : étude cas-témoin au centre de santé Philippe Maguillene Senghor de Dakar [Thèse de Doctorat de Médecine]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop; 2015.N°77.
15. **Dubois C, Dufour P, Quandalle F** et al. Présentation du siège : conduite à tenir (à propos de 304 observations). Contracept Fertil Sex .1998.26(5) :363-371.
16. **AudraPh,BretonesS,MellierG.**Accouchement par le siège à terme: césarienne de principe-versus accouchement planifié. Contraception, Fertilité , Sexualité. Paris; 1997;25(2),I-IV.
17. **Erkkola R.** Controversies: selective vaginal delivery for breech presentation. J Perinat Med 1996; 24, 6: 553-56.
18. **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 Obstét Biol Reprod. 2001 ; 30(7): 664- 673.
19. **Lalonde A B.** « L'accouchement du siège par voie vaginale : le moment est venu. Directives cliniques de la SOGC, juin 2009 », J Soc Obstet Gyneco Can, 2009, 31(6) :485–486.