

MODE D'ACCOUCHEMENT ET PRONOSTIC DE LA PRESENTATION DU SIEGE UNE ETUDE TRANSVERSALE DE 2013 à 2023 AU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DE YOFF (DAKAR)

A. MBODJI, D. DIOP, A.N. MBOUP, M. GUEYE, C.C.T. SARR, S.M. NDOUR, M. MBAYE

RESUME

Objectif : Ils étaient de déterminer la fréquence de la présentation de siège, les données épidémiologiques des patientes et le pronostic de l'accouchement en présentation de siège.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale effectuée à la maternité du centre de santé Philippe Maguilen Senghor de Dakar (Yoff) sur une période de onze (11) ans, allant du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2023. Les patientes porteuses d'une grossesse multiple et celles dont le fœtus était dans une présentation autre que la présentation du sommet et du siège n'étaient pas incluses dans notre étude. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science.

Résultats : Nous avons enregistré 58 638 accouchements dont 2342 étaient en présentation du siège soit une fréquence de 4% pour la présentation du siège. On retrouvait deux fois plus d'accouchement prématuré dans la présentation du siège (14,6%) que dans la présentation du sommet (6,2%) ($p < 0,001$). Un taux presque similaire d'induction du travail était retrouvé aussi bien dans la présentation du siège (5,2%) que celle du sommet (4,6%) ($p = 0,116$; $RR = 1,128$; $IC [0,934-1,362]$). Les pathologies associées à la grossesse les plus fréquemment rencontrées dans notre série étaient le placenta prævia et les anomalies de position du cordon. S'agissant du mode d'accouchement, on avait deux fois plus de césarienne dans la présentation du siège (42,7%) que dans la présentation du sommet (20,7%) ($p < 0,001$; $RR = 2,861$; $IC [2,629-3,113]$). Les autres interventions obstétricales à savoir l'épisiotomie et la déchirure étaient quasi similaires dans les deux groupes. En ce qui concerne le pronostic néonatal, il existait une association significative entre le type de présentation et la mortalité (4,9% vs 1,4%), et la réanimation néonatale beaucoup plus élevés dans la présentation du siège que celle du sommet (41,6% vs 18,4%). Il en est de même pour le score d'APGAR bas inférieur à 7 à la cinquième minute qui était beaucoup plus retrouvé dans la présentation du siège (8,3%) que celle du sommet (3,1%) ($p < 0,001$) avec quasiment plus de deux fois plus de risque. Parallèlement, la pratique de manœuvres a été retrouvée comme facteur de survenue d'un mauvais score d'APGAR.

Conclusion : L'accouchement du siège par voie basse a subi une réelle ascension de son pourcentage ces dernières années, ce qui apparaît dans notre étude. Cependant, il convient de procéder à une sélection rigoureuse des gestantes et de définir les bénéfices et risques avant de choisir la voie d'accouchement à suivre devant une présentation du siège.

Mots-clés : Présentation du siège ; Pronostic ; Césarienne ; Sénégal.

SUMMARY

Mode of delivery and prognosis of breech presentation a cross-sectional study from 2013 to 2023 at Philippe Maguilen Senghor Health Center Yoff (Dakar).

Objective: It was to to determine the frequency of breech presentation, to determine the epidemiological data of patients with a breech pregnancy and to determine the prognosis of breech delivery.

Methodology : This was a cross-sectional study conducted in the maternity ward of the Philippe Maguilen Senghor health center in Dakar (Yoff) over an eleven (11) year period, from 1 January 1st, 2013 to December 31st, 2023. Patients with multiple pregnancies and those whose fetus had a presentation other than vertex and breech were not included in our study. Data were analysed using Statistical Package for Social Science software.

Results : We recorded 58,638 deliveries, of which 2,342 were in breech presentation, i.e. a frequency of 4% for breech presentation. There were twice as many preterm deliveries in breech presentation (14.6%) than in vertex presentation (6.2%) ($p < 0.001$). An almost similar rate of induction of labour was found in both breech presentation (5.2%) and vertex presentation (4.6%) ($p = 0.116$; $RR = 1.128$; $CI [0.934-1.362]$). An almost similar rate of induction of labour was found in both breech presentation (5.2%) and vertex presentation (4.6%) ($p = 0.116$; $RR = 1.128$; $CI [0.934-1.362]$). In terms of mode of delivery, there were twice as many caesarean sections in breech presentation (42.7%) as in vertex presentation (20.7%) ($p < 0.001$; $RR = 2.861$; $CI [2.629-3.113]$). Other obstetric interventions, specifically episiotomy and lacerations, were similar in both groups. With regard to neonatal prognosis, there was a significant association between the type of presentation and stillbirth (4.9% vs. 1.4%), and neonatal resuscitation was much higher in breech presentation than in vertex presentation (41.6% vs. 18.4%). The same was found for a low APGAR score of less than 7 at five minutes.

Conclusion: The percentage of breech vaginal deliveries has risen significantly in recent years, as shown in our study. However, a rigorous selection of pregnant women and a definition of the benefits and risks are required before choosing the route of delivery to follow in the event of a breech presentation.

Keywords: Breech presentation; Prognosis; Caesarean section; Senegal.

Tirés à part : Aissatou MBODJI. Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor, BP 29026, Dakar, Sénégal.
E-mail : aissa2908@live.fr

MBODJI A., DIOP D., MBOUP A.N., GUEYE M., SARR C.C.T., NDOUR S.M., MBAYE M. Mode d'accouchement et pronostic de la présentation du siège une étude transversale de 2013 à 2023 au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff (Dakar), vol.26, n°3, p 18-26.

INTRODUCTION

La présentation du siège bien que physiologiquement compatible avec une naissance par voie basse, représente un défi obstétrical en raison des risques accrus de morbi-mortalité périnatale et maternelle [1-2].

La conduite à adopter devant une présentation du siège reste un sujet de débat, avec des recommandations parfois contradictoires selon les sociétés savantes. Venditelli et al. [3] ont ainsi mis en évidence une mortalité néonatale neuf fois plus élevée dans les accouchements par le siège comparativement à ceux en présentation du sommet. Le Term Breech Trial [2], par exemple, a recommandé la césarienne systématique en raison d'un avantage en termes de sécurité néonatale. Toutefois, l'étude prospective française PREMODA a démontré que, dans un environnement où les patientes sont rigoureusement sélectionnées et la conduite du travail scrupuleusement encadrée, la voie basse reste une option sécurisée, sans augmentation significative de la morbidité et de la mortalité néonatales [4].

Au Sénégal, une étude menée dans un centre de référence a conclu que l'accouchement par voie basse est une option pertinente à condition de s'appuyer sur une évaluation minutieuse et un suivi prénatal de qualité [5].

Dans notre étude, nous avons choisi d'explorer cette problématique en évaluant les facteurs influençant le pronostic de l'accouchement en présentation du siège au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor sur une période de 11 ans.

I. METHODOLOGIE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée à la maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.

Période d'étude

Cette étude s'étale sur une durée de onze (11) ans, allant du 1er janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2023.

Critères d'inclusion

Étaient incluses dans notre étude toutes les patientes ayant accouché au Centre de Santé Philippe Maguilen SENGHOR (CSPMS), durant la période d'étude, d'une grossesse monofoetale au-delà de 22 SA. Les patientes étaient réparties en deux groupes selon le type de présentation foetale (siège ou sommet).

Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- les caractéristiques socio-démographiques de la mère : âge, parité
- les données de la grossesse : terme de la grossesse, pathologies associées à la grossesse, mode d'amaïsson (venue d'elle-même, évacuation)
- les données de l'accouchement : induction du travail, état des membranes à l'admission, voie d'accouchement, interventions obstétricales (épisiotomie ou déchirure),
- les données relatives aux nouveau-nés : poids foetal, état foetal à la naissance, score d'Apgar à la cinquième minute, le taux de nouveau-nés réanimés à la naissance.

Collecte et analyse des données

Les données ont été extraites de la base de données informatisée e-Gynécologie, couvrant l'ensemble des accouchements enregistrés au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor sur une période de 11 ans, incluant les grossesses d'au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA). Les données ont été enregistrées de manière prospective.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS), version 26 pour Mac.

Analyse descriptive

- Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages, afin de décrire la distribution des caractéristiques des patientes et des accouchements.
- Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart-type, les valeurs extrêmes et la médiane. Cette description permet de mieux appréhender la variabilité et la tendance centrale des données étudiées.
- Des graphiques et tableaux ont été utilisés pour faciliter la visualisation et la compréhension des résultats descriptifs.

Analyse analytique

La comparaison des proportions a été effectuée à l'aide du test de Khi2 de Pearson ; en cas d'effectifs insuffisants dans certaines catégories, le test exact de Fisher a été utilisé.

L'association entre les variables a été évaluée par le calcul des risques relatifs (RR) et leurs intervalles de confiance à 95 %. Une différence a été considérée comme statistiquement significative pour une valeur de p strictement inférieure à 0,05. Une analyse

multivariée a été réalisée, le cas échéant, pour ajuster les résultats en tenant compte des facteurs de confusion potentiels et identifier les déterminants indépendants du mode d'accouchement et de ses issues.

II. RESULTATS

Fréquence

Sur 60 793 accouchements enregistrés au CSPMS entre le 01/01/2013 et le 31/12/2023, 58 638 dossiers ont été inclus, dont 2 342 cas de présentation du siège, soit une fréquence de 4 %. Les modes complets (50,8 %) et décomplétés (49,2 %) étaient quasi-équivalents.

Profil des patientes

L'âge moyen des patientes avec présentation du siège était de 28,2 ans, contre 27,4 ans pour la présentation du sommet ($p < 0,001$). La parité moyenne était également plus élevée en cas de présentation du siège ($p < 0,001$). Les évacuations étaient plus fréquentes dans ce groupe ($p < 0,001$). Le tableau I détaille le profil sociodémographique.

Tableau I : Profil épidémiologique des patientes en fonction du type de présentation fœtale

Variables	Siège	Sommet	p value
Age (ans)	28,2	27,4	<0,001
Parité	1,5	1,37	<0,001
Évacuées (%)	28,4	15,6	<0,001

Données obstétricales

- Antécédents de césarienne

La prévalence d'un utérus cicatriciel était similaire entre les parturientes avec présentation du siège (12 %) et celles avec présentation du sommet (12,3 %), sans corrélation significative entre la cicatrice utérine et le type de présentation fœtale ($p = 0,372$).

- Terme de la grossesse

Une corrélation significative a été observée entre le terme de l'accouchement et la présentation fœtale. Les accouchements prématurés étaient plus fréquents en cas de présentation du siège (14,6 % vs 6,2 %, $p < 0,001$) (Figure 1).

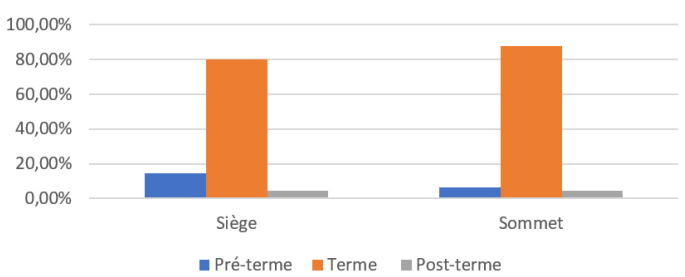


Figure 1 : Répartition des patientes en fonction du terme de la grossesse à l'admission

- Déclenchement du travail

Aucune différence significative n'a été notée dans le taux d'induction du travail entre les présentations céphaliques (5,2 %) et du siège (4,6 %) ($p=0,116$; $RR = 1,128$; $IC : 0,934-1,362$). Les indications du déclenchement sont détaillées dans la Figure 2.

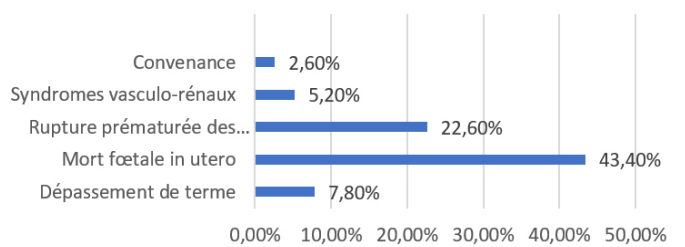


Figure 2 : Indications du déclenchement du travail dans la présentation du siège

- Rupture prématurée des membranes

Le risque de rupture des membranes était deux fois plus élevé en cas de présentation du siège (45,8 % vs 27 %, $RR = 2,279$; $IC : 2,092-2,484$).

- Voie d'accouchement (Figure 3)

Le taux de césarienne était significativement plus élevé en cas de présentation du siège (42,7 % vs 21,4 %, $p < 0,001$; $RR = 2,861$; $IC : 2,629-3,113$). Parmi les accouchements par voie basse, une manœuvre d'extraction fœtale a été réalisée dans 17,6 % des cas ($n = 414$).

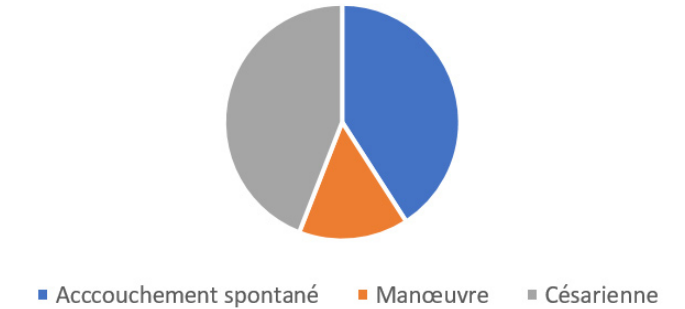


Figure 3 : Répartition des patientes en fonction du mode d'accouchement dans la présentation du siège

Autres interventions obstétricales

Aucune corrélation n’a été observée entre le type de présentation fœtale et la réalisation d’une épisiotomie ou la survenue de déchirures. Les données obstétricales sont résumées dans le Tableau II.

Tableau II : Données de l’accouchement en fonction de la présentation fœtale

Variables	Siège	Sommet	p value RR (IC)
Induction du travail (%)	5,2	4,6	0,116 1,128 (0,934-1,362)
Membranes rompues (%)	45,8	27	<0,001 2,279 (2,092-2,484)
Césarienne (%)	42,7	20,7	<0,001 2,861 (2,629-3,113)
Episiotomie (%)	21,5	21,1	0,327 1,025 (0,926-1,133)
Déchirure (%)	8,1	9,3	0,029 0,862(0,741-1,003)

RR : risque relatif IC : intervalle de confiance

Pathologies associées à la grossesse

En ce qui concerne les pathologies associées à la grossesse, nous avons évalué deux pathologies susceptibles d’influer sur le type de présentation fœtale comme rapporté dans la littérature. Il s’agissait du placenta prævia et des anomalies funiculaires. Dans les deux cas, on ne notait pas de différence statistiquement significative en terme de prévalence entre les deux types de présentation fœtale.

Aucune différence significative n’a été notée pour le placenta prævia (0,5 % dans les deux groupes) ou les anomalies funiculaires (3,2 % en siège vs 3,5 % en sommet, p = 0,181).

- Pronostic fœtal (Tableau III)

Le poids moyen à la naissance était plus élevé dans la présentation du sommet comparé à la présentation de siège (3 045 g vs 2 812 g, p < 0,001).

Un score d’Apgar bas à la cinquième minute était par contre plus fréquemment rencontré en cas de présentation du siège (8,3 % vs 3,1 %, p < 0,001). Le taux de réanimation néonatale était également plus élevé (41,6 % vs 18,4 %, p < 0,001 ; RR = 3,168 ; IC : 2,882–3,481), de même que la mortinatalité (49 ‰ vs 14 ‰, p < 0,001 ; RR = 3,535 ; IC : 2,875–4,347).

Tableau III : Pronostic néonatal en fonction de la présentation fœtale

Variables	Siège	Sommet	p RR (IC)
Poids fœtal (moyen)	2812	3045	<0,001
Score d’APGAR <7 (%)	8,3	3,1	<0,001
Réanimation néonatale (%)	41,6	18,4	<0,001 3,168 (2,882-3,481)
Mortinatalité (%)	4,9	1,4	<0,001 3,535 (2,875-4,347)

RR : Risque Relatif. IC : Intervalle de Confiance

En prenant uniquement la présentation de siège, un score d’Apgar bas à la 5e minute était plus fréquemment rencontré après accouchement par voie basse (11,1 % en spontané vs 10,9 % après manœuvre). La mortinaissance était plus élevée en voie basse spontanée (7,9 % de mort-nés frais vs 3 % après césarienne et 3,5 % après manœuvre, p < 0,001) (Figure 4). Une corrélation significative a été observée entre le mode d’accouchement et le bien-être fœtal à la naissance (p < 0,001).

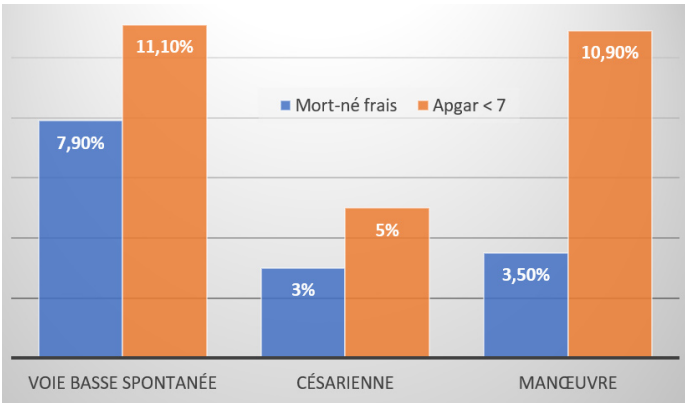


Figure 4 : Évaluation du bien être fœtal dans l’accouchement du siège en fonction du mode d’accouchement

III. DISCUSSION

Principaux résultats

Cette étude transversale, menée sur une période de 11 ans (du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2023) au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff (Dakar), a inclus 58 638 dossiers sur les 60 793 accouchements enregistrés, dont 2 342 cas de présentation du siège, soit une fréquence de 4 %. Cette prévalence est conforme aux données rapportées dans la littérature, qui oscillent généralement entre 3 et 4 % des grossesses à terme. Les résultats ont montré que les patientes avec une présentation du siège étaient légèrement plus âgées et de parité plus

élevée que celles avec une présentation du sommet. Une corrélation significative a été observée entre la prématurité et la présentation du siège, avec un taux d'accouchements prématurés nettement plus élevé dans ce groupe. Concernant la voie d'accouchement, le taux de césarienne était deux fois plus élevé en cas de présentation du siège. Parmi les accouchements par voie basse, une manœuvre d'extraction fœtale a été réalisée dans 17,6 % des cas.

Le pronostic fœtal était moins favorable en cas de présentation du siège, avec un poids de naissance moyen plus faible, un score d'Apgar bas plus fréquent et un taux de réanimation néonatale plus élevé. La mortalité était également trois fois plus élevée dans ce groupe, confirmant les risques accrus associés à cette présentation. Enfin, aucune différence significative n'a été observée concernant les pathologies associées telles que le placenta prævia ou les anomalies funiculaires, suggérant que ces facteurs ne jouent pas un rôle déterminant dans la survenue d'une présentation du siège.

Interprétation des résultats

Epidémiologie

Dans notre série, la fréquence de la présentation du siège était de 4% sur un total de 58 638 soit 2342 patientes sur une période de 11 ans. Ces données sont similaires à celles rapportées dans la littérature. Au Sénégal, d'autres études sur la présentation du siège entre 2019 et 2022 retrouvaient une fréquence allant de 1,38% à 6,4% [14,29,37]. Toujours en Afrique, une autre étude réalisée au Congo Brazzaville par Buambo-Bamanga [8] retrouvait un taux de 4,7%. En France, au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon, on retrouvait un taux de 4,5% [1].

Profil des patientes

Age

Il n'y a pas de consensus quant à la corrélation entre l'âge maternel et la prévalence de la présentation du siège. Plusieurs études réalisées sur le sujet retrouvaient des résultats discordants avec tantôt une prévalence plus élevée de la présentation du siège chez les patientes de moins de 25 ans et de plus de 40 ans comparé à la présentation du sommet. En effet, Buambo-Bamanga [8] ou encore Koné [9] affirment que l'âge maternel ne détermine pas la fréquence des présentations du siège. A contrario, Caballero [14] rapporte un taux de présentation du siège plus conséquent avant l'âge de 25 ans, et après l'âge de 40 ans et estimait que l'âge maternel pouvait être considéré comme un facteur indirect de survenue de présentation de siège.

Dans une étude comparative menée au Congo [13] dont les résultats sont aussi similaires aux nôtres (âge moyen 29 ans), la comparaison ne montre pas

de différence entre les accouchées en présentation du siège et celles en présentation de sommet. Dans notre étude, l'âge moyen était de 28,2 ans pour la présentation du siège et 27,4 ans pour la présentation du sommet.

Parité

La parité moyenne était légèrement plus élevée dans la présentation du siège comparée à la présentation du sommet et cette différence était statistiquement significative. Ces résultats sont similaires à ce qui est rapporté dans la littérature où on retrouve une prédominance de la présentation du siège chez les multipares [11].

Un étude de Luterkort et al. [15] retrouvait une prédominance de la présentation du siège pour les parités extrêmes (primipares et multipares). Ceci peut s'expliquer chez les multipares par l'hypotonie utérine due au relâchement des parois utérines avec les grossesses, et pour les primipares au contraire du fait que c'est généralement un utérus tonique pouvant rendre malaisé la rotation du fœtus en fin de grossesse [11].

Données obstétricales

Utérus cicatriciel

Des auteurs comme Bourtembourg [16] affirmaient que l'accouchement par voie basse en cas d'utérus cicatriciel était possible, si chaque situation obstétricale est correctement étudiée pour autoriser un essai d'accouchement par voie basse après une sélection rigoureuse des patientes et une gestion stricte du travail. L'accouchement par voie basse ne semble pas augmenter la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales dans cette situation.

Dans notre étude, 282 parturientes en présentation du siège portaient un utérus cicatriciel et 6885 parturientes en présentation du sommet.

Prématurité

La prématurité est un facteur clé associé à la présentation du siège, comme en témoignent les résultats de notre étude, où le taux d'accouchements prématurés était significativement plus élevé en cas de présentation du siège (14,6 %) comparé à la présentation du sommet (6,2 %). Cette observation est en accord avec les travaux de Dellenbach, qui ont montré que la fréquence de la présentation du siège diminue à mesure que le terme de la grossesse avance, suggérant que la prématurité favorise la persistance de cette présentation fœtale anormale [17].

Plusieurs mécanismes physiologiques et anatomiques peuvent expliquer cette association. Tout d'abord, avant 32 semaines d'aménorrhée, le fœtus a un rapport tête/bassin plus petit, ce qui lui permet de se positionner plus facilement en siège.

À mesure que la grossesse progresse, la croissance fœtale et l'augmentation du volume amniotique favorisent normalement une rotation spontanée vers une présentation céphalique. Cependant, en cas de prématurité, cette rotation peut ne pas se produire, laissant le fœtus en position podalique. De plus, certaines causes de prématurité, telles que les anomalies utérines (utérus bicorne, fibromes), les anomalies placentaires (placenta praevia) ou les grossesses multiples, peuvent limiter l'espace intra-utérin et empêcher le fœtus de se retourner.

Les données de la littérature confirment cette tendance, bien que les taux rapportés varient selon les contextes géographiques et les populations étudiées. Par exemple, Mbengue et Farsi ont rapporté des taux de prématurité encore plus élevés en cas de présentation du siège (23,2 % et 38,7 %, respectivement) [11][10], tandis que d'autres auteurs comme Sambou et Mouanda ont observé des taux plus bas (1,04 % et 6 %, respectivement) [7][6]. Ces variations pourraient s'expliquer par des différences dans les pratiques de prise en charge prénatale, les critères de définition de la prématurité ou les caractéristiques des populations étudiées.

Pathologies obstétricales

Dans notre série, le placenta praevia et le circulaire du cordon ombilical représentaient les principales anomalies observées. Selon les données de la littérature, les anomalies d'insertion placentaire sont le plus souvent associées au placenta praevia [37].

Les anomalies du cordon ombilical peuvent être primaires ou secondaires, notamment en cas de circulaires ou de bretelles. Ces anomalies peuvent entraver la bascule fœtale et compliquer l'engagement du fœtus dans le bassin maternel.

Dans notre étude, les taux de placenta praevia et de circulaire du cordon ombilical étaient similaires entre les présentations du siège et celles du sommet, avec respectivement 0,5 % et 3,2 % pour la présentation du siège, et 0,5 % et 3,5 % pour la présentation du sommet. La littérature rapporte généralement des taux plus élevés de placenta praevia et des taux plus bas de circulaire du cordon par rapport à nos résultats [11].

Pronostic fœtal

L'accouchement en présentation du siège constitue une situation obstétricale délicate en raison du risque élevé de mortalité et de morbidité périnatales. Selon Kimbala et al. [18], la mortalité fœtale associée à cette présentation est jusqu'à six fois plus élevée que celle observée dans les accouchements en présentation du sommet.

Dans notre étude, nous avons recensé 107 décès périnataux, soit une fréquence de 4,9 %. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par certaines maternités

africaines, comme en témoignent les travaux de Bentahir [19] qui rapportait un taux de 12,6 % en 2009, de Mbengue [11] avec 8,4 % au Sénégal en 2021, et de Méyé [20] qui relevait 10,5 % au Gabon. À l'échelle européenne, les taux rapportés sont généralement plus bas, ne dépassant pas 1 %. Ainsi, Broche [1] enregistrait un taux de 0,9 % en 1997, tandis que Lindqvist et al. [21] après avoir analysé 6542 accouchements par le siège, rapportaient une mortalité de 0,09 % en cas d'accouchement par voie basse. De manière encore plus frappante, Albrechsten et son équipe en Norvège, dans une étude prospective menée sur 1212 présentations du siège, n'ont observé aucun décès néonatal [22].

Dans notre population d'étude, le taux d'accouchement par voie basse spontanée était de 79,3 % pour les présentations du sommet, contre 57,3 % pour celles en siège. Ces chiffres contrastent avec ceux de la littérature occidentale, où la fréquence d'accouchements par voie basse en présentation du siège dépasse rarement 50 % [2,23].

La césarienne, de son côté, connaît une expansion dans ses indications. Notre étude montre un taux de recours à la césarienne de 42,7 %, largement supérieur à celui rapporté par Farsi [10] qui, en 1993, faisait état d'un taux de 16,7 %. Ce taux élevé dans notre série s'inscrit dans une tendance générale observée dans plusieurs maternités africaines, et il tend à se rapprocher des données occidentales [24–27].

Par ailleurs, contrairement à ce qui est généralement observé dans la littérature, où la mortalité et la morbidité néonatales sont plus fréquentes lors des accouchements par voie basse assistée (du fait des manœuvres obstétricales nécessaires), notre étude révèle que les scores d'Apgar les moins bons ont été enregistrés en cas d'accouchement par voie basse spontanée. Ainsi, 11,1 % des nouveau-nés présentaient un score d'Apgar inférieur à 7 contre 10,9 % pour les accouchements assistés.

Ces résultats font écho à ceux de Krebs et al. [28], qui, dans une étude cas-témoin menée au Danemark sur 19 476 accouchements en siège entre 1982 et 1992, ont conclu que le risque d'un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes était multiplié par 15 en cas d'essai de voie basse comparativement à la césarienne. De nombreuses études, dont celles de Bentahir [45] et de Mbengue [55], soulignent que les meilleurs scores d'Apgar sont obtenus lors d'accouchements par césarienne, un constat confirmé par nos propres résultats avec 92 % de nouveau-nés présentant un score supérieur à 7.

Cette différence s'explique par les risques d'hypoxie liés à un engagement prolongé ou à des manœuvres obstétricales mal exécutées, provoquant une détérioration du score d'Apgar. Ainsi, l'accouchement spontané reste la méthode privilégiée lorsque les conditions sont optimales et que la progression du

travail est normale. Toutefois, si ce processus se prolonge et menace d'induire une anoxie fœtale, des manœuvres spécifiques doivent être réalisées pour faciliter le dégagement des épaules et de la tête dernière [11].

Nos résultats s'alignent en grande partie avec ceux de l'étude PREMODA, qui a montré que, dans un environnement où les patientes sont rigoureusement sélectionnées et la conduite du travail méticuleusement adaptée, la tentative d'accouchement par voie basse en présentation du siège à terme peut réussir dans plus de 70 % des cas, sans augmentation significative de la mortalité périnatale ni de la morbidité néonatale sévère. Toutefois, cette étude souligne un risque accru de traumatisme néonatal, de scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes et de recours à l'intubation. Il convient de noter que, contrairement à notre travail, le suivi des nouveau-nés après leur sortie de l'hôpital n'a pas été assuré dans cette étude [29].

Implications des résultats

Les résultats de cette étude soulignent la nécessité d'une formation continue des professionnels de santé sur les techniques d'extraction fœtale et de réanimation néonatale est également essentielle pour réduire les complications associées à cette présentation. Cette étude met en lumière plusieurs pistes de recherche futures avec des études qualitatives pourraient examiner les perceptions et les pratiques des professionnels de santé concernant la prise en charge de cette présentation, afin d'identifier les barrières et les facilitateurs à une prise en charge optimale.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts. Premièrement, elle repose sur une large cohorte de 58 638 dossiers obstétricaux, collectés sur une période de 11 ans, offrant une puissance statistique significative pour l'analyse des données. Deuxièmement, la durée prolongée de l'étude permet de capturer les tendances et les variations annuelles, renforçant la représentativité des résultats. Troisièmement, l'utilisation de critères d'inclusion stricts et la standardisation des méthodes de collecte des données ont permis de minimiser les biais de sélection et d'assurer la fiabilité des conclusions. Malgré ses forces, cette étude présente certaines limites. Premièrement, il s'agit d'une étude transversale, ce qui ne permet pas d'établir de relations de causalité entre les facteurs étudiés et les résultats observés. Aussi l'étude a été menée dans un seul centre de santé, ce qui limite la généralisabilité des résultats à d'autres contextes géographiques ou sanitaires. Enfin, certaines variables potentiellement pertinentes, comme les caractéristiques précises

des manœuvres obstétricales ou les détails des pratiques de réanimation néonatale, n'ont pas été systématiquement documentées, ce qui pourrait influencer l'interprétation des résultats.

CONCLUSION

L'accouchement en présentation du siège demeure un sujet de préoccupation. Il s'agit d'un accouchement à haut risque de mortalité et de morbidité fœto-maternelles dû à son caractère potentiellement « dystocique ». L'accouchement du siège par voie basse a subi une réelle ascension de son pourcentage ces dernières années, ce qui apparaît dans notre étude. Cependant, il convient de procéder à une sélection rigoureuse des gestantes et de définir les bénéfices et risques avant de choisir la voie d'accouchement à suivre devant une présentation du siège.

RÉFÉRENCES

1. **Broche DE, Maillet R, Curie V, Ramanah R, Schaal JP, Riethmuller D.** Accouchement en présentation du siège [Internet]. EMC, Obstétrique. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/162981/accouchement-en-presentation-du-siege>
2. **Dubois C, Dufour P, Quandalle F, Lanvin D, Levasseur M, Monnier JC.** Présentation du siège : conduite à tenir (à propos de 304 observations). *Présent Sièges Conduite À Tenir À Propos 304 Obs.* 1998;26(5):363-71.
3. **Vendittelli F, Roche S, Pons JC, Mamelle N.** La présentation du siège à terme : enquête sur les pratiques obstétricales en France et recherche d'une homogénéité d'attitudes associées à un moindre risque néonatal. In: *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* [Internet]. 2002 [cité 27 déc 2023]. p. 577-88. Disponible sur: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=13966371>.
4. **Carayol M, Alexander S, Goffinet F.** Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA (PREsentation et MODE d'accouchement). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2004;33(1, Supplément 1):37-44.
5. **Dieme MEF.** Prise en charge et pronostic de l'accouchement en Présentation du Sièges au Centre de Santé Nabil Choucair de Dakar (Sénégal). *J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod* [Internet]. 2018 [cité 27 déc 2023];19(2). Disponible sur: <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/43>

6. **Mouanda DCP.** Pronostic de L'Accouchement du Foetus en Présentation du Siège a Dakar Expérience du Centre Hospitalier National de Pikine [Internet]. 2021 [cité 28 déc 2023]. Disponible sur: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2021%5f0700>
7. **Sambou F.** Aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et prise en charge de l'accouchement en présentation de siège au centre de santé Nabil Choucair de Dakar. [Thèse Médecine]. Dakar : Université Cheick Anta Diop [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2017%5f0697>
8. **Buambo-Bamanga SF, Makoumbou P, Oyere-Moke P, Gnekoumou AL, Nkhouabonga G, Gokana H, Ekoundzola JR, Mayanda FH.** Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville. *Accouchement En Present Siege Au CHU Brazzaville.* 2006;53(5):287-92.
9. **Kone M.** Accouchement en Présentation par le Siège : Pronostic Foetal et Maternel dans le Service de Gynecologie Obstétrique de l'Hopital Gabriel Touré. 2005;
10. **Farsi F.** Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néo-natal précoce dans une maternité de référence d'Afrique noire [Internet]. 1993 [cité 1 janv 2024]. Disponible sur: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=m%5f39895>
11. **Mbengue SMB.** Aspects épidémiologiques et pronostics de l'accouchement en présentation du siège au centre hospitalier national de Pikine durant l'année 2019 [Internet]. 2021 [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f2021%5f0567>
12. **Herbst A, Thorngren-Jerneck K.** Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* août 2001;80(8):731-7.
13. **Mukuku O, Kimbala J, Kizonde J.** Accouchement du siège par voie basse: étude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. *Pan Afr Med J.* 17 janv 2014;17:27.
14. **Caballero A, Fernandez Bolanos J, Pelaez C, Lopez Agreda JM, Palomo A, Caballero JL.** Management of podalic delivery. *Rev Fr Gynecol Obstet.* févr 1986;81(2):77-83.
15. **Luterkort M, Persson PH, Weldner BM.** Maternal and fetal factors in breech presentation. *Obstet Gynecol.* juill 1984;64(1):55-9.
16. **Bourtembourg A, Mangin M, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D.** Breech delivery and scarred uterus: a special obstetrical situation?. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* juin 2013;42(4):351-8.
17. **Dellenbach P, Isch F, Muller P, Levy G.** Primary deflexion of the fetal head in breech presentation. Diagnostic, pathogenic and therapeutic problems. *Gynecol obstet (Paris)* [Internet]. déc 1964 [cité 2 août 2024];63. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14265071/>
18. **Kimbala J, Mukuku O, Kinenkinda X, Kizonde J.** Transverse presentation and modalities of delivery: caesarean section versus large internal cephalic version and breech extraction; about 162 births at the maternity Jason Sendwe of Lubumbashi, DR Congo. *Pan Afr Med J.* 2014;19:300.
19. **Bentahir S.** Aspect épidémiologiques, cliniques et pronostics de l'accouchement en présentation du siège au centre de santé ROI BAUDOUIN de DAKAR [Internet]. 2009 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=THM-46827>
20. **Meye JF, Mayi S, Zué AS, Engongah-Béka T, Kendjo E, Olé BS.** Neonatal prognosis for breech infants delivered vaginally at the Joséphine Bongo Maternity Hospital in Libreville, Gabon. *Sante Montrouge Fr.* 2003;13(2):81-4.
21. **Lindqvist A, Nordén-Lindeberg S, Hanson U.** Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol.* nov 1997;104(11):1288-91.
22. **Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K.** Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* sept 1997;177(3):586-92.
23. **Schiff E, Friedman SA, Mashiach S, Hart O, Barkai G, Sibai BM.** Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: seven-year experience at a single center. *Am J Obstet Gynecol.* juill 1996;175(1):18-23.
24. **Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet Lond Engl.* 21 oct 2000;356(9239):1375-83.
25. **Audra P, Putet G.** Do any indications remain for vaginal delivery in breech presentation?. *Rev Fr Gynecol Obstet.* oct 1990;85(10):545-8.

26. **Ben Aissia N, Youssef A, Said MC, Gara MF.** [Breech presentation: vaginal delivery or planned caesarean section?]. *Tunis Med.* mai 2004;82(5):425-30.
27. **Berger CH.** A study and reflections on version by external maneuvers. A prospective, multicentric study at the level of 4 maternity units at the regional hospital centers of the Western Group. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1991;20(8):1123-30.
28. **Krebs HB, Petres RE, Dunn LJ, Smith PJ.** Intrapartum fetal heart rate monitoring. VII. The impact of mode of delivery on fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 15 mai 1982;143(2):190-4.
29. **Sananès N.** Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Bénéfices et risques pour l'enfant de la tentative de voie basse en comparaison de la césarienne programmée. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* janv 2020;48(1):95-108.