

# PRESENTATION DU SIEGE

## SOMMAIRE

OBJECTIFS :.....	3
1. DEFINITIONS .....	3
2. ETIOLOGIES .....	3
3. DIAGNOSTIC.....	4
4. DECISION DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT.....	4
5. LA MECANIQUE OBSTETRICALE.....	5
5.1. L'accouchement du siège .....	6
5.2 L'accouchement des épaules : .....	7
5.3 L'accouchement de la tête : .....	8
6. LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES .....	8
6.1 Gestion du travail et de l'accouchement.....	8
6.2 Pronostic.....	8
6.3 Les manœuvres .....	9
6.3.1. Relèvement des bras : La manœuvre de LOVSET.....	9
6.3.2. La rétention tête dernière : La manœuvre de MAURICEAU .....	9
6.3.3 La manœuvre de BRACHT .....	10
BIBLIOGRAPHIE.....	11
GLOSSAIRE.....	12

## OBJECTIFS :

- Savoir diagnostiquer la présentation du siège
- Connaître la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement

### 1. DEFINITIONS

La présentation du siège est une présentation longitudinale théoriquement eutocique. Elle se rencontre pour 3 à 4% des patientes. Normalement le fœtus effectue une mutation spontanée au 7<sup>ème</sup> mois en rapport avec la loi d'adaptation de Pajot (adaptation du contenu au contenant) et à la modification de forme de l'utérus gravide avec la formation du segment inférieur.

Dans cette présentation, l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur (DS) du bassin maternel alors que l'extrémité céphalique se situe au niveau du fond utérin.

Il existe 3 modalités de présentation.

- Le siège décomplété ou mode des fesses (2/3 cas) :
  - Les membres inférieurs du fœtus sont en extension devant le tronc amenant les pieds à hauteur de la tête fœtale.
- Le siège complet (<1/3 cas) :
  - Le fœtus est assis en tailleur au-dessus du DS.
- Le siège semi-complet ou semi décomplété (rare) :
  - Un seul des membres inférieurs du fœtus est relevé devant le tronc.

### 2. ETIOLOGIES

Différentes étiologies sont retrouvées :

Différentes étiologies sont retrouvées :

Causes utérines	Anomalies congénitales : hypoplasie utérine, malformations utérines Anomalies acquises : multiparité (utérus vaste et hypotonique), primipare âgée, (utérus hypertonique) Tumeurs extrinsèques et intrinsèques
Causes ovulaires	Anomalies de la quantité de liquide amniotique (LA) Hydramnios (excès de LA qui distend l'utérus) Oligoamnios (diminution du LA qui limite la mobilité fœtale) Causes funiculaires : brièveté du cordon primaire ou secondaire (qui entravent les mouvements fœtaux et réduit sa mobilité) Placenta prævia (qui fait obstacle à l'accommodation fœtale) Grossesse multiple
Causes fœtales	Prématurité Hyper extension de la tête

Malgré tout dans 9/10 cas, il n'y a pas d'explications.

### 3. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la présentation du siège est avant tout un diagnostic clinique. Le diagnostic de la présentation du siège dans le courant du huitième mois permet de décider de la voie d'accouchement.

– L'interrogatoire :

La notion d'un accouchement par le siège dans les antécédents de la patiente doit alerter l'examineur, ainsi que l'existence d'un fibrome utérin préexistant.

La patiente peut décrire au moment de la consultation une gêne voire une douleur sous-costale, correspondant à la compression locale exercée par le pôle céphalique du fœtus

– L'examen clinique :

L'inspection retrouve un utérus à grand axe longitudinal.

La palpation permettra de poser le diagnostic :

- Au détroit supérieur :
  - Dans le cas d'un siège complet : pôle irrégulier et assez volumineux et de consistance plus ou moins molle,
  - Dans le cas d'un siège décomplété : pôle plus rond, plus régulier et ferme, rendant parfois difficile la distinction avec un pôle céphalique,
- Dans le fond utérin : le pôle céphalique dur, régulier, arrondi, ballote d'une main à l'autre et de volume plus petit,
- Plan latéraux : plan convexe et régulier du dos mais le suivi vers le bas ne retrouve pas le sillon du cou. Une impression de la perception de 2 dos peut correspondre aux membres inférieurs relevés en extension dans le siège décomplété.

L'auscultation : le foyer des bruits du cœur se situent en région péri ombilicale voire sus ombilicale et du côté du dos.

Le toucher vaginal :

- En dehors du travail : L'excavation est souvent vide.
- Pendant le travail le toucher vaginal va percevoir :
  - Dans le siège décomplété : 2 masses molles séparées par un sillon, le pli interfessier avec l'anus au centre,
  - Dans le siège complet : perception des pieds, il est possible de reconnaître le talon, malléoles, petites doigts de pieds.

– Examen para clinique :

Au moindre doute, une échographie de confirmation sera réalisée.

### 4. DECISION DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT

La décision de la voie d'accouchement appartient au médecin.

Les [recommandations du Collège des Gynécologues Obstétriciens de France en 2000](#) sont les suivantes :

- La césarienne systématique n'est pas justifiée, la voie basse doit être acceptée si
  - La pelvimétrie est normale
  - La tête n'est pas défléchie
  - Siège décomplété
  - Estimation de poids fœtal entre 2500g et 3800g

- Acceptation de la patiente
- Les indications de césarienne prophylactique
  - Indications maternelles
    - Pelvimétrie : PRP<10 cm, TM<12cm, Bi épineux <9.5 cm
    - Souhait de la patiente
    - Col non favorable à terme
    - Utérus cicatriciel (à discuter au cas pas cas)
  - Indications fœtales
    - Accouchement prématuré 28-32 SA
    - Macrosomie (poids > 3800g, BIP > 98 mn)
    - RCIU sévère
    - J1 en siège
    - Siège complet chez la primipare
  - Indications ovulaires
    - Placenta prævia
    - Rupture prématurée des membranes > 12H

Selon les équipes obstétricales, on applique une règle "siège + autre élément = césarienne"

## 5. LA MECANIQUE OBSTETRICALE

A la différence de l'accouchement en présentation céphalique, dans la présentation podalique, la tête ne sera pas confrontée aux butées du bassin osseux pour se fléchir. De plus, le phénomène d'accommodation par déformation plastique de la voûte du crâne (qui se produit dans les présentations céphalique) ne peut avoir lieu car la tête doit franchir rapidement le détroit supérieur (quand le siège est déjà dehors, la tête n'est pas encore engagée). C'est ce qui explique un diagnostic facile, de manière rétrospective, d'un nouveau-né né par le siège dans les suites de couches immédiates, par la simple observation du crâne et cela quelque soit la voie d'accouchement (césarienne ou non).

Ainsi Il est important que le mobile fœtal constitue un bloc homogène avec solidarisation de la tête en flexion, du tronc et des membres. Lors de l'accouchement, le mobile fœtal doit évoluer comme un tout. Il doit rester un bloc homogène avec solidarisation de la tête en flexion, du tronc et des membres. Il faut donc que la tête fléchie au dessus du détroit supérieur, le reste en abordant celui-ci. Il est donc capital d'éviter les mouvements de traction intempestifs sur le fœtus car alors la tête se défléchira et les bras se relèveront.

Il est important de comprendre que :

- lorsque le siège est déjà dehors, la tête n'est pas encore engagée,
- dans la progression du fœtus dans le bassin, les différents segments du fœtus peuvent s'accrocher ou se relever dans le bassin (pieds, bras, menton), on parle ainsi de progression à "rebrousse-poil",
- le volume des segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va augmenter alors que leur compressibilité diminue,
- les diamètres du fœtus sont progressivement croissants : Ø bitrochantérien (9cm) puis Ø bi-acromial (12cm réductible par tassement à 9,5cm) et pour terminer le Ø bipariétal (9,5cm). La petite extrémité est première.

Ainsi on comprend plus facilement que les difficultés sont croissantes.

Quatre variétés de présentation sont définies :

- SIGA sacro-iliaque gauche antérieure
- SIDP sacro-iliaque droite postérieure
- SIGP sacro-iliaque gauche postérieure
- SIDA sacro-iliaque droite postérieure

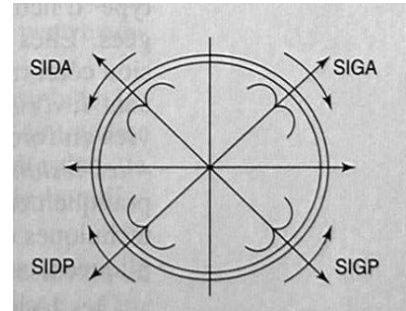


Figure 1 : Variétés de présentations [7]

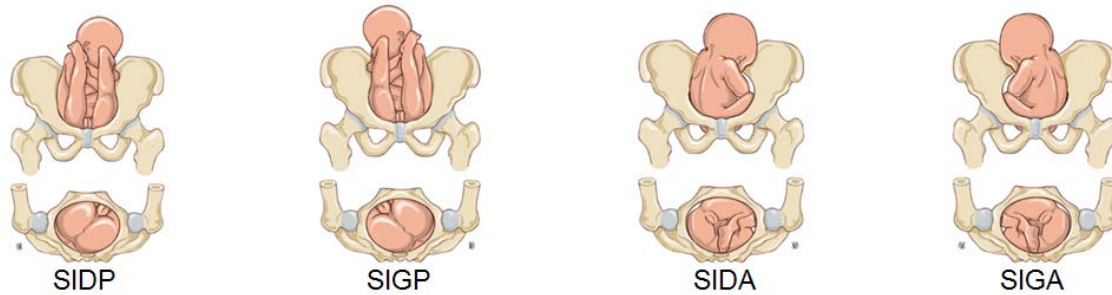


Figure 2 : Les différentes positions du fœtus par rapport au bassin maternel [1]

L'accouchement selon la Méthode de VERMELIN respecte le mécanisme spontané de l'accouchement en présentation du siège qu'il s'agisse d'un siège complet ou décompleté.

### 5.1. L'accouchement du siège

Le diamètre bi-trochantérien s'oriente dans un diamètre oblique du bassin. L'engagement en SIGA est le plus fréquent ainsi le diamètre bi-trochantérien se retrouve dans le diamètre oblique droit du bassin maternel.

Une rotation à 45° ou de 1/8<sup>e</sup> de tour (vers l'arrière pour les variétés antérieures, vers l'avant pour les variétés postérieures) amène le diamètre bi-trochantérien dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur. Le sacrum se retrouve toujours en transverse.

La hanche antérieure se cale sous la symphyse, entraînant une inflexion du tronc, puis la hanche postérieure se dégage en balayant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur distendu jusqu'au franchissement de la commissure vulvaire.

Une fois les hanches dégagées, le siège monte. Le pôle pelvien poursuit un mouvement d'enroulement autour de la symphyse pubienne et le dos tourne alors en avant. Cette rotation est extra pelvienne.

Ce mouvement est plus ou moins facile selon que le siège est complet ou décompleté :

- facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus : les membres inférieurs se dégagent avec le siège.
- plus difficile dans le siège décompleté car les membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc, le rigidifiant, ils empêchent son incurvation latérale. Le siège se dégage avec les membres inférieurs en pointant vers le haut comme un "monolithe"..

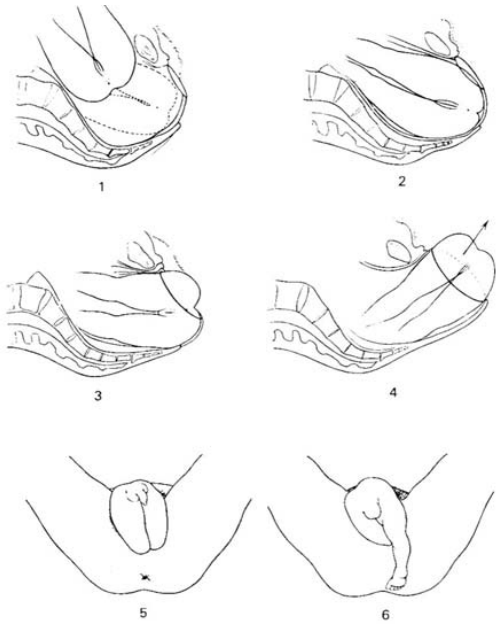


Figure 3 : Dégagement du siège décompleté [8]

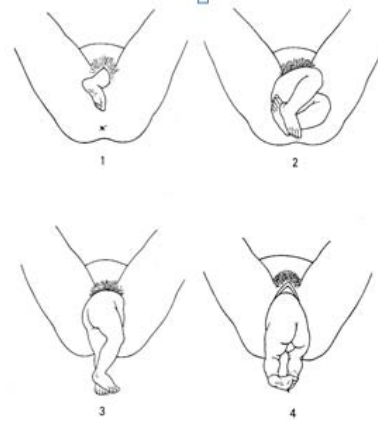


Figure 4 : Dégagement du siège complet [8]

## 5.2 L'accouchement des épaules :

Dès que le siège se dégage, l'engagement des épaules au détroit supérieur s'effectue.

Les épaules entrent en contact avec le détroit supérieur. Le diamètre bi acromial s'engage :

- dans le même diamètre oblique que le bi trochantérien dans les variétés antérieures par un mouvement de restitution
- dans le diamètre opposé dans les variétés postérieures, le fœtus continue alors son mouvement de spire qui amène le dos en avant.

Le dos tournant en avant, les épaules se dégagent en général en transverse. Puis comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve en même temps que le dos tourne en avant.

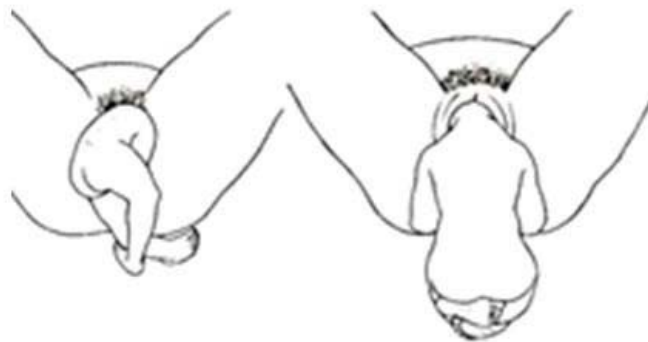


Figure 5 : Dégagement des épaules [8]

Une rotation accidentelle du dos en arrière est gravissime pour le fœtus entraînant l'accrochage du menton sur la symphyse pubienne.

### 5.3 L'accouchement de la tête :

L'engagement de la tête s'effectue en même temps que la descente et le dégagement des épaules.

La tête bien fléchie s'engage dans le diamètre opposé à celui emprunté par les épaules. La tête engagée tourne en occipito-pubien et se fixe sous la symphyse pubienne. La tête s'hyperfléchit faisant apparaître le crâne, le front et la face.

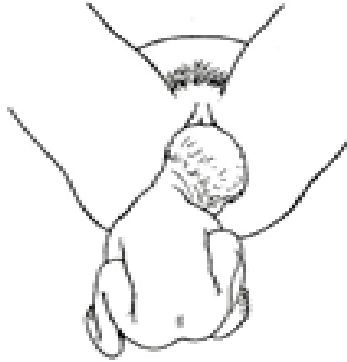


Figure 6 : Dégagement de la tête fléchie [8]

## 6. LA GESTION DU TRAVAIL ET LES MANOEUVRES

### 6.1 Gestion du travail et de l'accouchement

- "A bonne dilatation, bon siège". Les critères d'évaluation de la dilatation sont les mêmes que pour les présentations céphaliques. La dilatation doit être d'au moins 1 cm/heure. Une mauvaise dilatation assombrit le pronostic pour la voie basse.
- La poche des eaux doit être préservée le plus longtemps possible car elle aide à la dilatation, la présentation du siège sollicitant moins le col.
- La péridurale est souhaitable, elle permet un meilleur relâchement périnéal et favorise la réalisation des manœuvres le cas échéant.
- L'expulsion qui ne doit pas excéder 30 mn doit être débutée à dilatation complète avec une présentation sur le périnée. Une perfusion d'ocytocique est systématiquement posée. En effet, les contractions utérines doivent être efficaces et il faut éviter la panne de contractions utérines. Les efforts expulsifs sont réalisés uniquement pendant les contractions utérines, sinon les différentes parties fœtales risquent de se désolidariser.
- La présence à l'accouchement de l'obstétricien, du pédiatre et de l'anesthésiste est requise.

Lorsque l'expulsion tarde, ou que les mouvements inspiratoires de l'enfant débutent dès la sortie du thorax, le dégagement naturel peut-être à l'origine d'une asphyxie fœtale. C'est pourquoi de nombreuses équipes préfèrent intervenir systématiquement lorsque la pointe des omoplates apparaît à la vulve avec une manœuvre de Lovset plutôt que de réaliser une abstention complète selon la méthode de Vermelin.

### 6.2 Pronostic

L'accouchement du siège par la voie vaginale est une situation angoissante pour l'équipe obstétricale.

Même si le choix de la voie basse a bien été évalué, ce type d'accouchement reste potentiellement "dystocique". Les risques pour le fœtus sont augmentés par rapport à un accouchement en présentation céphalique.



La mortalité périnatale est multipliée par 3 et la morbidité périnatale est multipliée par 2 en raison des risques augmentés d'anoxie fœtale. [9]

### 6.3 Les manœuvres

Dans l'accouchement du siège, le risque principal est la désolidarisation du mobile fœtal. Dans ce cas, il faut avoir recours à des manœuvres décrites dans l'UVMAF, chapitre intitulé "manœuvres obstétricales". [8]

#### 6.3.1. Relèvement des bras : La manœuvre de LOVSET

Le relèvement des bras au dessus du détroit supérieur peut se produire dès lors que l'opérateur touche le fœtus. Le diamètre d'engagement devient incompatible avec les diamètres du bassin, la progression s'arrête et la pointe des omoplates n'apparaît pas au niveau de la vulve.

La manœuvre de Lovset :

L'opérateur place ses pouces sur les lombes, ses paumes sur les fesses, et ses doigts sur les ailes iliaques du fœtus. Une première rotation de 90 degré est effectuée. Le bras antérieur du fœtus est amené sous la symphyse pubienne et dégagé. L'autre épaule est alors sous le promontoire. Une seconde rotation de 180 degré est effectuée dans le sens inverse. Le bras postérieur est ainsi amené en avant, le coude à la vulve.

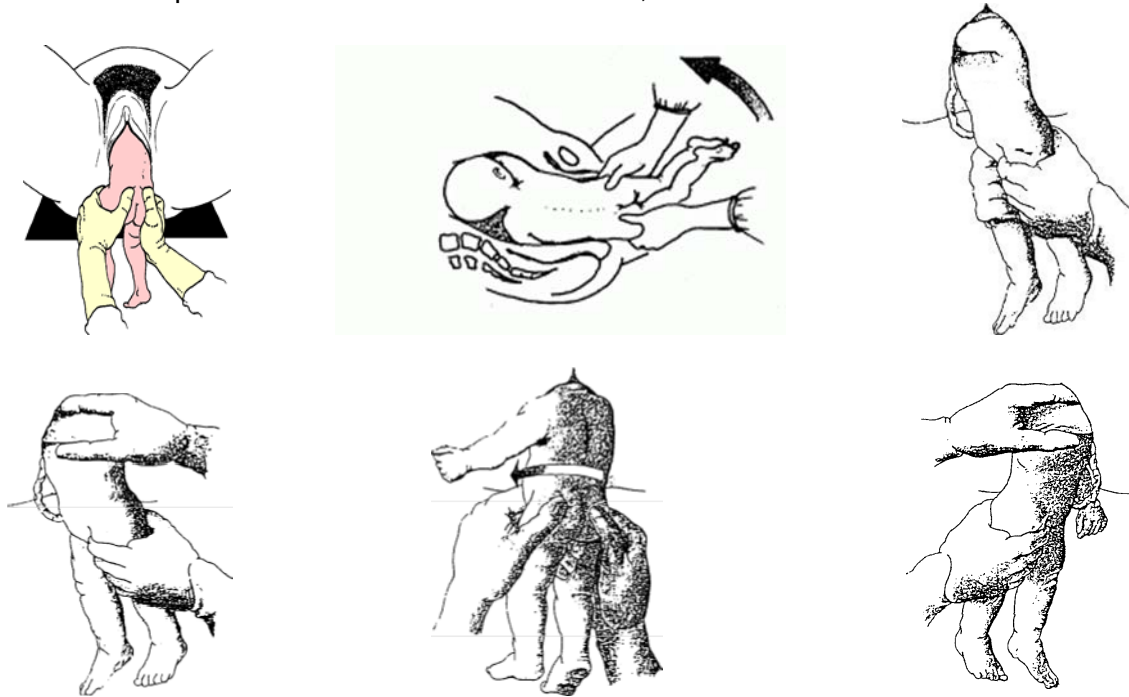


Figure 7 : Manœuvre de LOVSET [8]

Le fœtus est abaissé pour fixer l'occiput sous la symphyse pubienne. La manœuvre de Lovset se termine systématiquement par la manœuvre de Mauriceau ou de Bracht.

#### 6.3.2. La rétention tête dernière : La manœuvre de MAURICEAU

Les étiologies de la rétention de tête dernière sont la disproportion foeto-pelvienne, la déflexion de la tête, ou l'accrochage du menton sous la symphyse pubienne.

La manœuvre de Mauriceau :

Le fœtus est installé à cheval sur l'avant bras de l'opérateur. L'index et le médius de la main ventrale de l'obstétricien sont introduits dans la bouche du fœtus jusqu'à la base de la langue et va aider à la flexion de la tête. L'autre main est placée en fourche sur les épaules

de chaque côté du cou et va exercer une traction douce dans l'axe ombilico-coccygien. La main intra vaginale va fléchir la tête et va la faire descendre selon l'axe ombilico-coccygien. La tête reste fléchie lors de son dégagement. Une traction trop forte sur la tête, et non dans l'axe ombilico-coccygien sont à risque de lésions médullaires du plexus brachial.

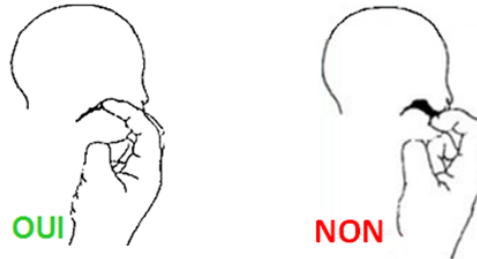


Figure 8 : Manœuvre de Mauriceau, introduction des doigts dans la bouche du fœtus

Des doigts pas complètement introduit dans la bouche jusqu'à la base de la langue peuvent être à l'origine de lésions du plancher de la cavité buccale.



Figure 9 : Manœuvre de MAURICEAU [8]

### 6.3.3 La manœuvre de BRACHT

Pour aider au dégagement de la tête, certains pratiquent la manœuvre de Bracht. Dès l'apparition des omoplates à la vulve, saisir le siège en plaçant les pouces sur le devant des cuisses, les autres doigts sur les fesses. Renverser progressivement l'enfant sur le ventre de la mère sans aucune traction. Cette manœuvre peut être dangereuse si elle est réalisée trop brutalement.



Figure 10 : Manœuvre de BRACHT [8]

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- GRALL J.Y. DUBOIS J., MOQUET P.Y., POULAIN P., BLANCHOT J., LAURENT M.C.,  
*La présentation du siège,*  
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (5-049-I-40) 1994.
- 2- PUECH F., DEPRET-MOSSER S.,  
*La présentation du siège,*  
Pratique de l'accouchement, J.Lansac/G.Body , Simep, p-119-135 ; 2001
- 3- GOFFINET F., CARAYOL M.,  
*L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de  
présentation du siège ?,*  
Mise à jour en Gynécologie et Obstétrique, Collège National des Gynécologues et  
Obstétriciens Français, p 49-64, Vigot 2005.
- 4- CARAYOL M., ALEXANDER S., GOFFINET F.,  
*Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude  
PREMODA,*  
Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction, XIIème Journées  
Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques, 1S37-1S44, Février 2004
- 5- GOFFINET F.,  
*Evaluation prospective des pratiques françaises et belges pour la prise en charge de  
l'accouchement du siège et leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité  
périnatales,*  
Dossiers de l'Obstétrique n°328,p 37, juin 2004
- 6- BARBARINO-MONNIER P., BOUTROY J.L.,  
*La présentation du siège,*  
in Mécanique et Techniques Obstétricales 2<sup>ème</sup> édition, p-233-241, 2001
- 7- LANSAC J, ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE, TOURS  
[http://www.uvp5.univ-paris5.fr/WIKINU/wikinu-colleges/WIKINUCOLLEGE-  
GYNECOOBST/Lansac-obst-Accouchement\\_siege.pdf](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/WIKINU/wikinu-colleges/WIKINUCOLLEGE-GYNECOOBST/Lansac-obst-Accouchement_siege.pdf)
- 8- UNIVERSITE VIRTUELLE DE MAÏEUTIQUE FRANCOPHONE (UVMF)  
*Les manœuvres obstétricales*  
[http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/manoeuvres\\_obstetricales/site/html/1.html](http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/manoeuvres_obstetricales/site/html/1.html)
- 9- SCHAAL JP, RIETHMULLER D, RABENIA CA, BARBARINO-MONNIER P,  
*Présentation du siège*  
in Mécanique et Techniques Obstétricales 3<sup>ème</sup> édition, p-369-390, 2007

## GLOSSAIRE

BIP	Diamètre Bipariétal
DS	Détroit supérieur
PRP	Diamètre promonto-retro-pubien
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
TM	Diamètre Transverse-Médian
SIGA	Sacro Iliaque gauche antérieur
SIGP	Sacro Iliaque gauche postérieur
SIDA	Sacro Iliaque droit antérieur
SIDP	Sacro Iliaque droit postérieur
DS	Détroit supérieur
Bi-épineux	Diamètre bi-épineux