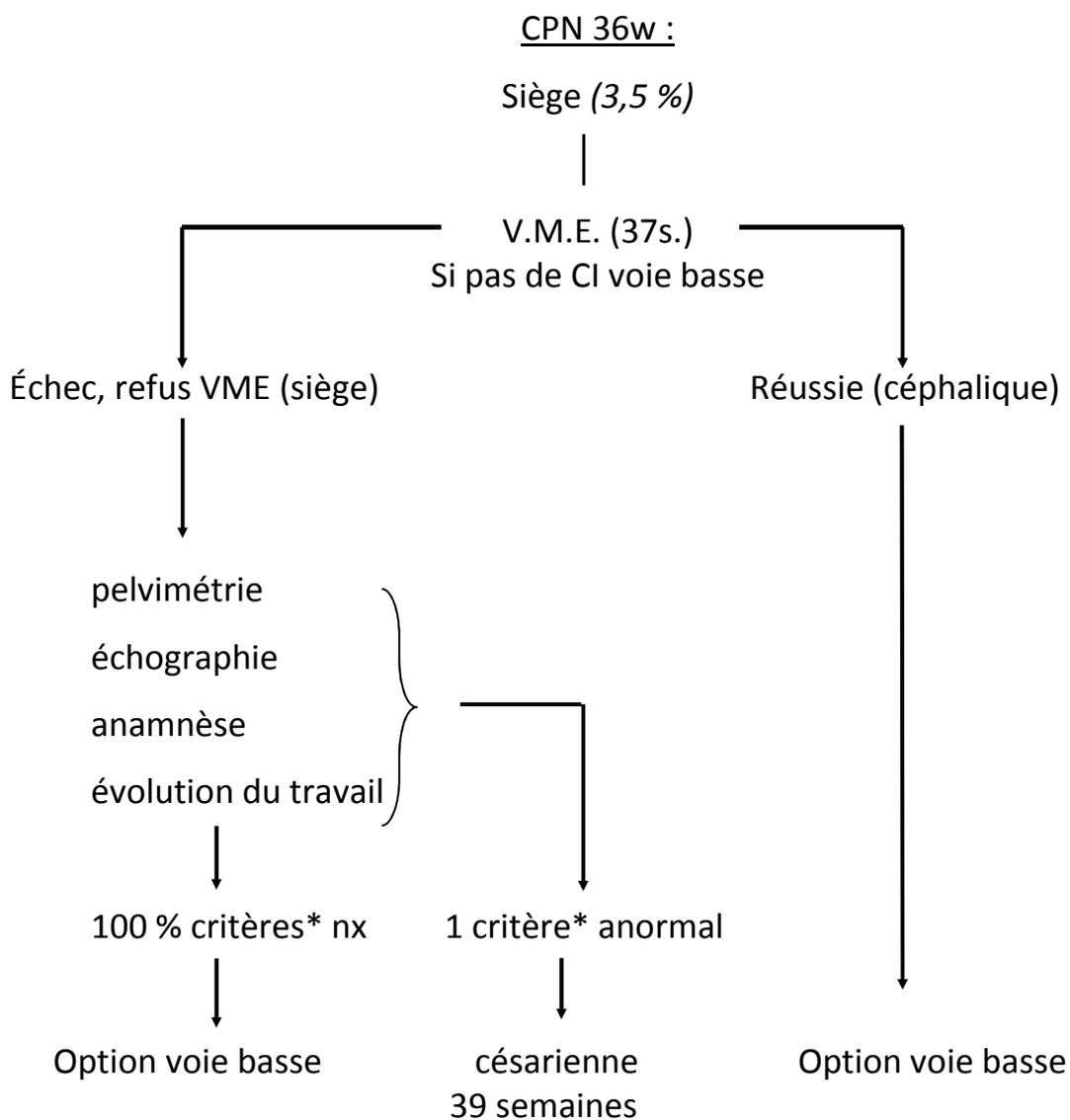




## Accouchement du siège



\*cfr critères infra

## Critères indispensables pour autoriser un accouchement du siège par voie basse – Primi- ou multi-pares

### A) Critères maternels

#### 1. Bassin de dimension correcte :

Pelvimétrie obligatoire. Dimensions requises :

##### *Alternative 1*

- détroit supérieur : promonto-rétropubien > 105 mm  
transverse médian > 125 mm
- détroit moyen : biépineux (bisciastique) > 100 mm

##### *Alternative 2*

- PRP-BIP > 15 mm ou PRP > 105 mm
- Transverse médian – BIP > 25mm ou transv.médian > 120 mm
- Biépineux (bi-sciastique)  $\geq$  BIP ou Biép. > 100mm
- Bassin divergent

Examen clinique du bassin :

détroit inférieur : distance bi-ischiatique : exclusion clinique d'un bassin en entonnoir (convergent)

#### 2. Absence de contre-indications à l'accouchement par voie basse

- (utérus cicatriciel (antécédent de césarienne, myomectomie, etc.))
- contre-indication ou incapacité de poussées (maladies cardiaques, risque accident vasculaire cérébral, myopathies, etc.).
- (Malformation utérine)

### B) B. Critères fœtaux

Echographie (à refaire à l'admission)

- Poids foetal estimé < 4000 gr et > 2000 gr (+/- 32 semaines).
- Diamètre bipariétal < 10 cm.
- Tête fléchie.

- Siège décomplété ou complet.

**C) C. Critères annexes foetales**

- Absence circulaire cordon (échographie - Doppler couleur).
- Absence placenta/vasa praevia (échographie (endovaginale)).

**D) D. Critères le jour du travail**

- Consentement éclairé de la patiente :
  - risque additionnel faible d'un accouchement du siège par rapport au sommet.
  - augmentation de la morbidité maternelle par césarienne
  - augmentation de la morbidité pulmonaire néonatale par césarienne
  - risque augmenté de morbi-mortalité maternelle pour les grossesses ultérieures à une césarienne .
  - nécessité d'une haute surveillance/préparation pour un accouchement du siège par voie basse
- Induction uniquement sur col favorable. (Bishop > 6)
- Cardiogramme foetal normal (CTG) en continu.
- Absence de dyskinésie utérine (CTG).
- Bonne progression du siège dans le bassin (clinique/partogramme).
- Expulsion (phase II) < 30'
- Absence de prolapsus du cordon (clinique/CTG).
- éviter toute intervention intempestive.
- Nitroglycérine spray sublingual disponible en salle;
- Salle de césarienne disponible en urgence.

## Modalités de l'accouchement du siège par voie basse

### **A) A l'admission :**

- Préop – compatibilité/RAI.
- Perfusion d'entretien
- Vérification échographie
  - BIP/estimation poids fœtal (écho)
  - Absence d'hyper-extension (écho)
  - Absence circulaire cordon (écho)
- Confirmer le consentement de la patiente
- Prévenir l'obstétricien senior > présent à l'accouchement.
- S'assurer que toute l'équipe soit bien au fait du protocole (obstétricien-sage-femme-pédiatre-anesthésiste)

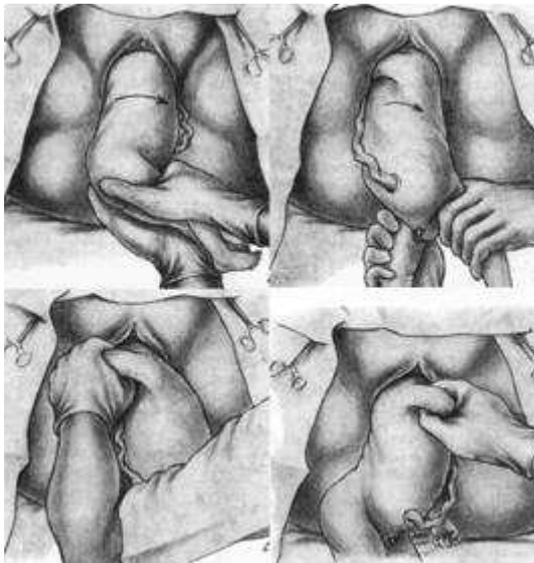
### **B) Pendant le travail (phase I) :**

- accouchement en milieu hospitalier;
- anesthésiste disponible ;
- Induction du travail autorisée si AG >39 sem. et si col favorable
- Maturation du col sous surveillance fœtale autorisée si indication médicale d'induction ;
- Optimisation du travail autorisée par ocytocine et RAPE (>5cm) ;
- Analgésie péridurale ;
- perfusion d'ocytocine installée au plus tard avant le début de la phase II  
=> bonnes contractions utérines pendant la phase d'expulsion;
- Gestion de la dyscinésie :
- Si stagnation de la dilatation et de l'engagement > 2 heures membranes rompues -> césarienne
- Monitoring fœtal externe continu ; interne dès membranes rompues (sauf HIV ou hépatite C ou B active)
- Si anomalie du RCF -> césarienne

### **C) Expulsion (phase II) :**

- 2 obstétriciens présents idéalement dont 1 senior ;
- Forceps prêt en salle => éventuelle rétention de tête dernière;
- Perfusion d'ocytocine à augmenter régulièrement (10 U dans 500 ml sérum physiologique)
- Anesthésiste présent
- Ne pas faire pousser avant dilatation complète et siège engagé dans la partie basse du bassin
- Durée phase II maximum 30 minutes
- Si arrêt de la progression ou décélération sans récupération → Extraction ou Césarienne selon le niveau d'engagement et la parité (Pointe des omoplates non visibles = tête non engagée)
- Episiotomie sauf si périnée très favorable.
- Intervenir si dos du fœtus tourne en postérieur (le tourner → antérieur)
- Exercer une traction seulement sur le pelvis entouré d'une grande compresse (risque de lésions si traction sur l'abdomen ou le thorax)
- Si relèvement des bras : manœuvre de LÖVSET (« tire-bouchon ») ou petite extraction par abaissement des bras pris en attelle (et non crochetés) et ramenés vers le bas le long du thorax fœtal d'abord le postérieur et ensuite l'antérieur postériorisé par un mouvement de rotation de 45°
- Dégagement de la tête :
  - Spontanée
  - **Manœuvre de Bracht**
  - **Manœuvre de Mauriceau**
  - Nitroglycérine spray
  - **Forceps tête dernière**
  - Kristeller en dernier recours

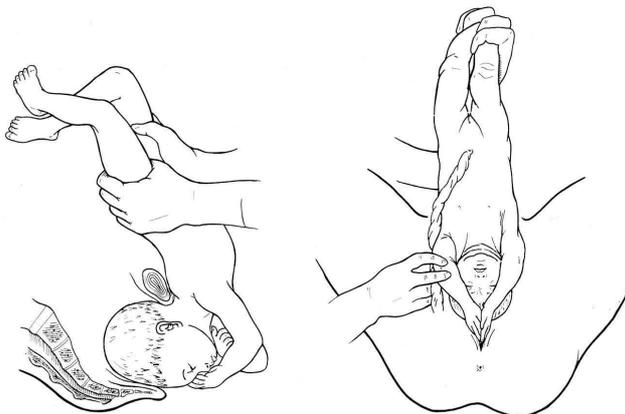
**N.B.** Emission de méconium }  
Cyanose du siège } = signes NON inquiétants



### Lövset

- Prise par les hanches.
- Rotation de 90 degrés, dos vers le haut + traction vers le bas
- > bras postérieur devient le bras antérieur -> sous le pubis.
- Dégagement du bras pris en attelle vers le bas en le faisant glisser sur la poitrine.
- Dégagement du deuxième bras avec rotation de 180° dans l'autre

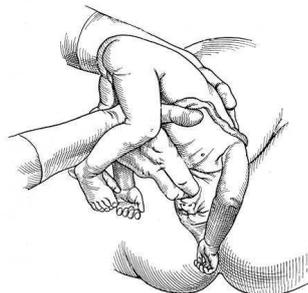
### • Manœuvre de BRACHT



### Manœuvre de MAURICEAU



FIG. 231. — Manœuvre de Mauriceau : 1<sup>er</sup> temps.



**Remarques/cas particuliers :**

**1) Ne pas Césariser si**

- Anomalie fœtale grave
- Mort in utero
- Grossesse  $\leq$  25-26 semaines.
- siège découvert à dilatation complète engagé DM ou DI sauf disproportion foeto-pelvienne connue ou arrêt de progression (appel senior/superviseur urgent)

**2) Si césarienne pour siège et très petit poids fœtal (EPF < 1 kg;  $\leq$  28 sem)**

- But : éviter hémorragie cérébrale
- Etre certain que fœtus pas dans le vagin !
- Etre certain que segment inférieur de l'utérus soit suffisamment large pour permettre hystérotomie et la sortie de la tête fœtale sinon **incision verticale** de l'utérus (segmento-corporéale). (Pour éviter la prolongation de la segmentaire transversale par un  $\perp$  qui sera toujours corporéal et plus à risque ultérieurement vu la fragilité augmenté du point de rencontre entre les 2 incisions orthogonales.)
- tenter de sortir le fœtus dans ses membranes
- Nitroglycérine\* spray si fœtus trappé dans l'utérus

## VERSION par MANŒUVRE EXTERNE (VME)

### **A) Indication**

Siège ou transverse à 37 semaines.

(après 37 semaines, version spontanée en sommet seulement dans 15 à 20% des cas de siège)

### **B) Contre-indications**

- Utérus malformé
- Autre indication de césarienne telle que RCIU sévère, souffrance fœtale, placenta praevia, bassin chirurgical
- Membranes rompues
- Hyperextension de la tête
- Travail avéré (le début du travail n'est pas une CI)
- Mort fœtale
- Malformation fœtale grave excepté l'hydrocéphalie ou la macrocéphalie
- Bassin chirurgical :  
PRP < 8,5 cm - transverse médian < 9,5cm - Biépineux < 8cm - Magnin (PRP + TM) < 20

### **C) Contre-indications relatives :**

- Utérus cicatriciel

### **D) Facteurs mauvais pronostic :**

- Siège décomplété mode des fesses
- Placenta antérieur
- Oligoamnios
- Obésité
- Dos du foetus en post
- Siège engagé

### **E) Préparation en salle d'accouchement**

- Vérifier présentation
- Échographie (si pas faite récemment) :
  - - estimation du poids et du BIP - quantité la – circulaire - localisation du placenta
- Patiente à jeun
- Hémato , coagulation , RAI
- Monitoring pré-VME : 1 heure
- Vérifier TA – pouls

- Tocolyse préalable : ventolin 2 puffs ¼ h avant VME ou salbutamol 1 suppo 1h avant VME ou perfusion de ventolin, 1 ampoule dans 250 ml de physio (12 ml/heure) 1h -1h30 avant VME.
- en salle de césarienne (prête si nécessaire)

## **F) Technique : version sous contrôle échographique**

- Gel
  - Forward roll : si tête foetale et colonne sur côtés opposés de la ligne médiane
  - Back-flip : si tête et colonne du même côté de la ligne médiane
  - Main sus-pubienne refoule le siège tandis que main abdominale pousse raisonnablement la tête
  - Suspendre la manoeuvre en maintenant la position foetale si décélération du cœur foetal (décélération dans 36% des versions), continuez une fois récupération du RCF
  - arrêt manoeuvre si pas supporté par la patiente ou si décélérations se répètent
  - durée moyenne = 5,4 minutes ± 1,1'
  - 6. Après la version
  - CTG immédiat 1h – et après 3h
  - Test de Kleihauer après 60 minutes
  - CTG + Kleihauer le lendemain
  - CTG J3 - J7
- 
- Patiente Rhésus(-) : -> Rhogam® (1 ampoule = 300 µg) à ajuster selon le résultat du Kleihauer (si > 40/10.000 ou 15 ml, donner 1 deuxième dose)
  - Si réussite VME : Eviter induction immédiate car risque augmenté de malposition de la tête foetale
  - Si échec VME : pelvimétrie et discussion voie d'accouchement cfr supra

Références:

- 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 2000;356: 1375–83.
- Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al.; Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol 2004;191:864–71.
- Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al.; PREMODA Study Group. 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;194:1002–11.
- Goffinet F, Azria E, Kayem G, Schmitz T, Deneux-Tharaux C. Re: the risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies: Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex. BJOG 2016;123:145–7.
- RCOG Guidelines Nb 20b March 2017 Management of breech presentation.