ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 6 ▪ N° 16 (2011)

(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication
Mamadou Saliou Diallo
Rédacteur en chef
Namory Keita
Rédacteur en chef adjoint
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'ESRS
Ministre de la Santé
Recteur Université de Conakry
Doyen FMPOS
M Kabba Bah
M Kader
P Diallo
E Alihonou
F Diadhiou
MK Bohoussou
C Welfens Ekra
M M Sall (CAMES)
A Gouazé (CIDMEF)
G Osagie (Nigeria)
Comité de redaction
MS Diallo
N Keita
MD Baldé
Y Hyjazi
FB Diallo,
F Traoré (Pharmacologie)
T Sy
AB Diallo
Y Diallo
M Cissé (Dermatologie)
M Doukouré (Pédopsychiatrie)
ML Kaba (Néphrologie)
OR Bah (Urologie)
NM Baldé (Endocrinologie)
A Touré (Chirurgie Générale)
LM Camara (Pneumo-phtisiologie)
Comité de lecture
E Alihonou (Cotonou)
K Akpadza (Lomé)
M A Baldé (Pharmacologie)
G Body (Tours)
M B Diallo (Urologie)
M D Baldé (Conakry)
N D Camara (Chirurgie)
CT Cissé (Dakar)
A B Diallo (Conakry)
F B Diallo (Conakry)
M S Diallo (Conakry)
A Dolo (Bamako)
A Fournier (Angers)
Y Hyjazi (Conakry)
N Keita (Conakry)
YR Abauleth (Abidjan)
M Koulibaly (Conakry)
J Lankoande (Ouagadougou)
Lekey (Yaoundé)
JF Meye (Libreville)
JC Moreau (Dakar)
O Ndiaye (Dakar)
RX Perrin (Cotonou)
F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita
Maternité Donka CHU de Conakry
BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 64 45 79 50
Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy
Maternité Ignace Deen CHU de Conakry
BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30
Email : sytelly@yahoo.fr

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
- Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
- Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Médicus, par exemple :
- Pour une revue:

1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:

2. Berland M . Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 218- 225

- Pour un livre:

3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.

- Pour une thèse:

4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p

- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)
Serdouma E, Gody C, Koffi A , Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.
Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré
Traore Y, Teguete I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M, Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody
N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan
Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.
Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas
Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.
Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.
Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Estimations clinique et echographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynecologie et d'obstetrique du CHU Yalgado Ouedraogo.
Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois
Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyse du taux de réalisation des parametres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.
Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CAS CLINIQUE

Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature
Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)
Serdouma E, Gody C, Koffi A , Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A .....1 - 4

Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody
Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital
Traore Y, Teguete I, Dicko Traore F, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Kone M,
Mounkoro N, Dolo A.....9 - 13

Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody
N'guessan K, Adjoby R, Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J,
Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan
Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.
Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Vesico vaginal fistula in Kankan, Guinea: analysis of 56 cases
Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.
Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases
Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Diouf A, Moreau JC.....37 - 41

Clinical and echographic birth weight estimation during the labor. In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.
Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months
Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.
Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CASE REPORT

Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy: A case report and literature review
Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E,
Abauleth R, Boni S.....58 - 61

PRONOSTIC DES ACCOUCHEMENTS PAR LE SIEGE AU CHU GABRIEL TOURE

PROGNOSIS OF BREACH PRESENTATION DELIVERY INTO GABRIEL TOURE TEACHING HOSPITAL

TRAORE Y[1], TEGUETE I[1], DICKO TRAORE F[2], THERA T[3], DJIRE MY[1], DIALLO A[1], SISSOKO A[1],KONE M[1], MOUNKORO N[1], DOLO A[1].

1. Service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré, Bamako- Mali
2. Service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré, Bamako- Mali
3. Service de Gynécologie obstétrique du CHU Point G, Bamako- Mali
4. Centre de santé de Référence Commune V, Bamako-Mali

Correspondances : Dr Traoré Youssouf, Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel Touré, Bamako-Mali, Fax : 20-22-60-90, Tel : 66-71-01-94 / 76-41-47-25 Email : drtraorey@yahoo.fr

RESUME

L'accouchement par le siège est une cause importante de morbidité et de mortalité périnatales. Notre étude avait pour but de donner la prévalencede l'accouchement par le siège et d'en déterminer les complications fœtales et maternelles.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude analytique cas témoins de 24 mois (Mars 2007 à Février 2009) qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE. Les tests statistiques utilisés ont été le X^2 ($p<0,05$), le rapport de Cote (RC) et son intervalle de confiance à 95% (IC 95%).

Résultats : Nous avons enregistré 4.351 accouchements dont 119 par le siège (**2,7%).** Dans 37,8% des cas, l'accouchement a été fait par césarienne contre 21,0% pour les témoins (P=0,00072, RC= 2,29 ; IC= 1,37-3.82). Le pronostic fœtal a été marqué par 56,0% de souffrance fœtale aiguë, 42,0% de mort périnatale. Les morts nés ont été 5 fois plus nombreux en cas d'accouchement par le siège (15,1%) que chez les témoins (3,4%) (P=0,00005 ; RC= 5,12 ; IC=2,02-13,33). A 5 minutes de vie, le score d'APGAR des nouveau-nés a été globalement mauvais avec 16,8% de mort né contre 3,4% chez les témoins (P= 0,00000 ; RC= 5,81 ; IC= 2,33-14,91). Le pronostic maternel a été globalement bon.

Conclusion : La prévalence de l'accouchement par le siège est relativement faible dans notre service. Le pronostic fœtal est marqué par une morbidité importante, celui de la mère est globalement satisfaisant. Cet accouchement doit être réalisé par des agents expérimentés afin de réduire les complications morbides liées à ce type de présentation.

Mots clés : accouchement, présentation de siège, mortalité, morbidité, fœtus.

SUMMARY

Aim: Breach childbirth is an important cause of perinatal morbidity and mortality. Our survey aim was to give the prevalenceof the breach childbirth and to determine fetal and maternal complications.

Material and methods: It is an analytic case control survey that took place in the service of gynaecology and obstetrics of the Gabriel TOUREteaching hospital . It spreads on a period of 24 months, from March, 2007 to February, 2009. The statistical tests used were the Chi square test ($p <0.05$), Odds Ratio (OR) and its confidence interval at 95% ($IC_{95\%}$).

Results: We recorded 4.351 childbirths of which 119 by the breach presentation (2.7%). In 37.8% of cases babies delivered by caesarean against 21.0% for witnesses (P=0.00072, OR = 2.29; IC = 1.37-3.82). Fetal prognosis has been marked by 56.0% of fetal acute suffering, 42.0% perinatal death. The stillbirth were 5 more frequent in breach childbirth (15.1%) that control group (3.4%) (P=0.00005; OR = 5.12; IC=2.02-13.33). At 5 minutes of life, newborn APGAR score was globally bad with 16.8% of death against 3.4% in control group (P = 0.00000; OR = 5.81; IC = 2.33-14.91). Maternal prognosis was globally good.

Conclusion: Breach presentation childbirth is less relatively frequent in our service. Fetal prognosis is marked by important morbidity, maternal one is globally acceptable. Its delivery must be achieved by the experienced agents to reduce the morbid complications bound to this type of presentation.

INTRODUCTION :
La présentation du siège est la plus fréquente des présentations irrégulières. L'accouchement par le siège a toujours été un sujet de grand intérêt à cause de l'importance de la morbidité et de la mortalité périnatales liées à ce type de présentation et de la morbidité maternelle qui y est associée. Ce type de présentation est potentiellement dystocique et constitue une situation préoccupante pour les différentes équipes obstétricales. Nos pays en Afrique ne sont pas en reste quant aux difficultés de prise en charge de ces grossesses dont le fœtus est en siège. Le souci d'améliorer le pronostic de ces grossesses a conduit certaines équipes à préconiser systématiquement une césarienne. Mais le risque de morbidité et de mortalité de la césarienne sont tels que nos pays africains, caractérisés par leurs ressources limitées, ne sauraient systématiser cette approche. Nous rapportons ici l'expérience hospitalière d'un pays sous équipé. Notre étude avait pour objectifs de donner la fréquence de l'accouchement par le siège et d'en déterminer les complications fœtales et maternelles.

MATERIEL ET METHODES
Il s'agit d'une étude analytique cas/témoins qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE. Elle s'est étendue sur une période de 24 mois, allant de Mars 2007 à Février 2009.
La population d'étude est constituée par toutes les femmes admises dans le service pour travail d'accouchement. Les cas étaient constitués de toutes les parturientes admises dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono fœtale à terme avec fœtus en présentation du siège. Ont été considérés comme témoins toutes les femmes reçues dans le service pour travail d'accouchement sur une grossesse mono fœtale à terme avec fœtus en présentation du sommet. Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les cas de fœtus en présentations du front, de la face, transversale, les grossesses multiples, les malformations fœtales incompatibles avec la vie, les hypotrophies fœtales et les prématurés. Les paramètres étudiés ont été : la voie d`accouchement, le score d`APGAR aux 1ere et 5e minutes, les types de complications. Les tests statistiques utilisés ont été le X2 avec une probabilité $p<0,05$, le rapport de Cote et son intervalle de confiance à 95% (Ic95%).

RESULTATS
1- Prévalence
Durant notre période d'étude **4.351** accouchements ont été effectués dont **119** accouchements par le siège (**2,7%).** Nous avons noté 54,6% de sièges complets et 45,4% de sièges décomplétés (P=0,13210)
Tableau I

Tableau I : Voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	RC	IC
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**			
Césarienne	45	37,8	50	21,0	*0,0007*	*22,29*	*(1,37-3,82)*
Voie basse	74	62,2	188	79,0	*0,00075*	*0,44*	*(0,26-0,73)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**			

2- Pronostic
Les indications de césarienne ont été : le bassin limite (20,1%), le bassin généralement rétréci (11,4%), l'utérus cicatriciel (15,1%), le gros fœtus et la procidence du cordon battant (3,4% chacun).
· Plus du 1/3 (37,8%) des patientes dont le fœtus était en siège ont accouché par césarienne.
Les complications maternelles ont été dominées par les suppurations pariétales post césariennes (6 cas), les lésions des parties molles (3 cas) et la rupture utérine (1 cas).

Tableau II : Score d'Apgar des nouveau-nés à la première minute

Apgar 1ère minute	Cas		Témoins		P	RC IC
	Effectif	%	Effectif	%		
0	18	15,1	8	3,4	*0,00005*	*5,12 (2,02-13,33)*
1-3	6	5,1	3	1,3	*0,03210*	*4,16 (0,91-21,40)*
4-6	23	19,3	17	7,1	*0,00212*	*2,79 (1,34-5,81)*
7	72	60,5	210	88,2	*0,00001*	*0,20 (0,11-0,36)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**		

Tableau III : Score d'APGAR des nouveau-nés à la 5ème minute

Apgar 5ème minute	Cas		Témoins		P	RC IC
Effectif	%	Effectif	%			
0	20	16,8	8	3,4	*0,00000*	*5,81 (2,33-14,91)*
1-3	1	0,8	0	0,0	-	-
4-6	7	5,9	4	1,7	*0,03102*	*3,66 (0,94-15,20)*
7	91	76,5	226	94,9	*0,00000*	*0,17 (0,08-0,37)*
Total	**119**	**100,0**	**238**	**100,0**		

· Dans quinze virgule un pour cent (15,1%) des cas les foetus nouveau nés avaient un score d`APGAR nul à la 1e minutes contre seulement 3,4% seulement dans le groupe témoins (différence hautement significative)

·Dans seize virgule huit (16,8%) pour cent des cas le score d`APGAR des nouveau-nés en présentation de siège était égal à zéro, et 6,7% de ces nouveau-nés avaient un score d`APGAR compris entre 1 et 7 à 5 minute de vie. Ce taux n`était que de 1,7% dans le groupe des temoins.

· Les principales complications morbides ont été la mort périnatale (42,0%) et la fracture du fémur (2,0%). La souffrance foetale aigue était plus fréquente chez les témoins (71,4%)

Tableau IV : Complications fœtales

Complications fœtales	Cas		Témoins		P	RC IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Souffrance fœtale						
Aigue	28	56,0	20	71,4	*0,17041*	*0,51 (0,17-1,52)*
Fracture fémorale	1	2,0	0	0,0	-	
Mort périnatale	21	42,0	8	28,6	*0,23250*	*1,81 (0,60-5,52)*
Total	**50**	**100,0**	**28**	**100,0**		

DISCUSSION

La présentation du siège est la plus fréquente des présentations irrégulières. Elle constitue encore l'un des chapitres les plus discutés de l'obstétrique [1].

Notre taux de 2,7% d'accouchement par le siège est proche de ceux relevés dans la littérature consultée [2, 3, 4, 5, 6]. En effet, Ilesanni et coll [3] au Nigeria, Mekbib et coll [4] en Ethiopie ont rapporté des taux respectifs de 2,1% et de 2,76%. Suzanne et coll [6], Dumont et coll [2], Soutoul et coll [5], Hannah et coll [7] au Canada en ont respectivement rapporté 2,15% ; 2,6% ; 2,61% ; 3% et 2,4% alors que Gassan et coll [8] en Côte d'Ivoire trouvaient 1,52%. Des taux oscillant entre 3 et 5% sont rapportés dans certaines séries africaines : Nayama et coll [9] au Niger (3,2%), El Farouqi et coll [10] au Maroc (3,80) et Buambo-Bamanga et coll [11] à Brazzaville (4,7%). Les taux les plus élevés se retrouvent dans les séries américaines [12, 13]. Notre taux bas de présentation de siège s'explique par le fait que nous n'avons pas inclus dans notre série les grossesses multiples et les accouchements prématurés qui sont fréquemment associés à ce type de présentation.

Plus de la moitié (54,6%) des fœtus à l'admission avaient une présentation du siège complet contre seulement 45,4% de modes décomplétés (P<5%) contrairement à la plupart des auteurs [8, 10, 11, 14]. Ainsi Gassan et coll [8] trouvaient 43,3% de sièges complets contre 2,6% de modes décomplétés, tendance observée chez Buambo-Bamanga et coll [11] (34,9% de siège complet et 65,1% de siège décomplété) et chez El Farouqi et coll [10] (93,7% de siège décomplété).

Nous avons pratiqué plus de césarienne (37,8%) en cas de siège que chez les témoins (21,0%). Les mères ayant un fœtus en présentation de siège ont présenté 2 fois plus de risque d'accoucher par césarienne que leurs témoins (P = 0,00072 ; RC= 2,29 ; IC : 1,37 3,82).

Les indications de césarienne dans notre étude liées au bassin ont été dominées par le bassin limite (20,1%) et le bassin généralement rétréci (11,4%). Certaines indications classiques de césariennes ont été notées à savoir : utérus cicatriciel (15,1%), la macrosomie fœtale (3,4%) et la procidence du cordon battant (3,4%). Les mêmes indications sont notées à des proportions variables chez Nayama et coll [9] qui rapportent cependant 8,9% de césarienne pour primiparité associée au siège, El Farouqi et coll [10] qui relèvent 2 cas de déflexion primitive et 12 cas d`échec de déclenchement. Dans notre service, la primiparité n`est pas une indication systématique de césarienne chez les patientes ayant un foetus en siège.

Les taux de césariennes pour présentation de siège dans la littérature sont très variables. Ils sont globalement plus élevés dans les pays développés variant entre 61,4% et 90% aux Etats-Unis d'Amérique [15, 16, 17]. A Dakar, Diadhiou et coll [18], dans une étude portant sur des patientes antérieurement césarisées en ont rapporté 2,4%. Pour Lokossou et coll [19], la présentation du siège est un des facteurs prédictifs de césarienne itérative (P= 0,033 ; OR= 0,82 et IC [0,66- 1,16]. Les raisons qui expliquent ces variations sont entre autre la disponibilité des moyens de surveillance, les réalités socio juridiques des différents pays ainsi que la compétence des équipes obstétricales dans les différentes structures d'accueil.

Le pronostic est dominé par les complications fœtales morbides, celui de la mère ayant été globalement bon dans notre série. Les complications maternelles liées à cette présentation dystocique sont peu fréquentes comparées à celles du fœtus. Elles sont dominées par les lésions traumatiques, notamment celles des paries molles. Comme dans notre série, les lésions traumatiques sont rapportées dans la plupart des séries : El Faouqi et coll. [10] (6 fractures de la clavicule, 3 de l`humérus) ; Nayama et coll. [9] (0,6% de fracture de la clavicule ; 1,6% du fémur ; et 0,6% d`élongation du plexus brachial). Il s`agit d`un mode de présentation potentiellement dystocique qui expose au risque de traumatisme chez le nouveau-né [20].Cette tendance est observée chez Buambo-Bamanga [11]. Chez le fœtus, les complications concernent surtout celles qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat. En effet, plus de la moitié des fœtus de notre série ont présenté une souffrance fœtale aiguë et qui a été responsable de près de la moitié des décès périnatals (42%). Nayama et coll [9] au Niger et Buambo-Bamanga et coll [11] au Congo ont noté des taux de décès néonatals respectifs de 24% et de 7,8%. Des taux plus faibles sont notés au Maroc [10] (2,96%). Dans leur série N`diaye et coll [20] trouvent une corrélation entre l`accouchement par le siège et l`asphyxie du nouveau né. (P=0,03 ; OR= 5,4 et IC [1,07-36]). Tous reconnaissent qu`en cas de présentation du siège, le risque d`asphyxie est plus élevé [20]. Les morts nés ont été 5 fois plus nombreux en cas d'accouchement par le siège (15,1%) que chez les témoins (3,4%) (P=0,00005 ; RC= 5,12 ; IC=2,02-13,33). A 5 minutes de vie, le score d'APGAR du nouveau-né était également globalement mauvais avec 16,8% de décès alors que

ce taux chez les témoins était 5 fois plus bas (3,4) (P= 0,00000 ; RC= 5,81 ; IC= 2,33-14,91). Ce fait est retrouvé dans la plupart des séries [7, 8]. La plupart des auteurs [9, 10, 11, 20] s`accordent sur le risque feotal plus élevé en cas d`accouchement par le siège que dans les présentations du sommet.

CONCLUSION

L'accouchement par le siège est relativement fréquent dans notre service. Il s'agit d'un accouchement à haut risque, surtout fœtal. Il doit être réalisé par des agents expérimentés, ce qui permettra de réduire les complications morbides liées à ce type de présentation.

REFERENCES

1. Dubois J, Grall YJ. Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. In : Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Paris, Vigot, 1988 : 375-397
2. Dumont M, Nelken S, Condamine P. Etude de 309 accouchements en présentation du siège. Rev Fr Gynecol 1977; 72 : 775
3. Ilesanni OA, Sobowale OA, Marinho OA. Outcome of 44 breech singleton deliveries at the catholic hospital Oluyoro. Ibadan African J of medicine and medical sciences 1996; 25 (1): 41-6
4. Mekbib TA. Breech delivery and fetal outcome: a review of 291 cases. Ethiopian Med Jr 1995; 33 (3): 175-82.
5. Soutoul JH, Liska J. Etude statistique sur la présentation par le siège portant sur 16000 accouchements pendant 10 ans (1956-1965). Rev Fr Gynecol 1968 ; 63 : 446-465.
6. Suzanne F, Portal B, Greze A, Bauden J. Critères d'évaluation pronostique dans l'accouchement en présentation du siège à propos d'une étude rétrospective de 1475 cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1979 ; 74, 5 : 349-356.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S. Accouchement par présentation du siège par voie vaginale : la fin d'une époque. Lancet 2000 ; 356 : 1357-83
8. Gassan H, Diarra S, Toure K, Kouakou F, Welffens CE. Evaluation des risques fœtaux dans l'accouchement par le siège par le calcul d'un coefficient de corrélation. Ann univer, Abidjan, serie B (Medécine) 1983; XVII, (1): 291-5.
9. Nayama M, Diori-Salifou SM, Soumana H et al: Accouchement en présentation de siège. Pronostic périnatal et maternel dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 317 cas. Médecine d`Afrique Noire, 2008, 55, 7 : 417-424
10. El Farouqi A, Benanane A, Anjar A et al.: Facteurs pronostiques de l`accouchement en présentation de siege. A propos de 674 cas. Medécine du Maghreb, 2009, 170, P 39-45
11. Buambo-Bamanga F, Makoumbou P, Oyere-Moke P, et al.: Accouchement en présentation du siège au CHU de Brazzaville. Médecine d`Afrique noire, 2006, 53, 5, P287-292
12. Durline H, Gordon D, Milbeberg J, Michelle AW, Jenet R. The frequency of breech presentation based study. Am J. Obstet & Gynecol 1992; 166: 851-2.
13. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. Am J Obstet Gynecol 1976; 125: 269.
14. Hill LM. Prevalence of breech presentation by gestational age. Am J Perinatal 1990 ; 7 : 92-5.
15. Dyson DC, Ferguson JE, Hensleigh P. Antepartum external cephalic version under tocolysis. Obstet Gynecol 1986; 67: 63-8.
16. Schiff E, Friedman SA, Mashiach S, Hort O, Barkai G, Sibai BM. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries. Seven years experience at a single center. Am J Obstet Gynecol, 1996; 175, 1:18-23.
17. Laros RK, Flanagan TA, Kilpatrick SJ. Management of term breech presentation: a protocol of external cephalic version and selective trial of labor. Am J Obstet and Gynecol 1995; 172 (6): 1916-23.
18. Diadhiou M, Moreira P, Faye Dieme ME, Diouf A, Dieng T, Moreau JC. Epidémiologie et pronostic obstétrical des utérus cicatriciels en milieu africain. Journal de la SAGO 2007 ; vol. 8, n° 1: 23-28
19. Lokossou A, De Souza J, Adisso S, Takpara I, Adognigo MO, Alihonou E. Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. Médecine d`Afrique Noire 2008; 55, 5: 277-283
20. N`Diaye O, Cissé CT, Diouf S, et al. : Facteurs de risque associés à l`asphyxie du nouveau-né à terme à la maternité de l`hôpital Aristide Le Dantec de Dakar. Médecine d`Afrique Noire 2008; 55, 10: 522-528.