

Facteurs pronostiques de l'accouchement du siege a la maternite du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lome, Togo

Baguilane Douaguibe, Gynécologue-obstétricien

Pankéyédou Tongou, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Sylvanius Olympio,
Université de Lomé, Togo

Dédé R. Ajavon

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Kara, Université de Kara, Togo

Ayoko Ketevi, Gynécologue-obstétricien

Romario Mawougbe, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Sylvanius Olympio,
Université se Lomé, Togo

Abdoul-Samadou Aboubakari, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Kara, Université de Kara, Togo

Doi: 10.19044/esipreprint.2.2025.p107

Approved: 10 February 2025

Posted: 12 February 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Douaguibe B., Tongou P., Ajavon D.R., Ketevi A., Mawougbe R. & Aboubakari A.S. (2025). *Facteurs pronostiques de l'accouchement du siege a la maternite du centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio de Lome, Togo*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2025.p107>

Résumé

Introduction : L'accouchement du siège est responsable d'une morbimortalité périnatale importante. L'objectif de ce travail était de décrire les facteurs pronostiques de l'accouchement du siège au CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Togo. **Methode :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique à collecte rétrospective de données allant de la période du 1 Avril 2022 au 31 Mars 2023 portant sur 522 dossiers d'accouchement du siège. La saisie et analyse des donnée ont été faites grâce au Microsoft 2019 et logiciel SPSS 12.1. **Resultats :** La prévalence des accouchements du siège était de 4,6%. La césarienne a été faite dans 77%. Il existait un lien significatif entre la césarienne et la parité < 3 ($p = 0,00$), la présence d'une cicatrice utérine ($p = 0,00$), la rupture de la poche des eaux (p

= 0,00), et le poids néonatal > 3500g (p = 0,00). Il existe un lien significatif entre l'APGAR à la 5^e minute < 7 et la voie basse (p < 0,01), le siège décomplété (p < 0,025) et l'accoucheur médecin en spécialisation et sage-femme (p < 0,01). Le taux de mortalité périnatale était de 4,6 % et était significativement lié à la voie basse (p < 0,01) et l'accoucheur médecin en spécialisation et sage-femme (p < 0,01). **Conclusion :** L'identification des facteurs pronostiques de l'accouchement du siège permettra de réduire sa morbimortalité périnatale.

Mots clés : Accouchement du siège, facteurs pronostiques, voie basse

Prognostic Factors for Breech Delivery at the Maternity Ward of the Sylvanus Olympio University Hospital Center in Lome, Togo

Baguilane Douaguibe, Gynécologue-obstétricien

Pankéyédou Tongou, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Sylvanus Olympio,
Université de Lomé, Togo

Dédé R. Ajavon

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Kara, Université de Kara, Togo

Ayoko Ketevi, Gynécologue-obstétricien

Romario Mawougbe, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Sylvanus Olympio,
Université de Lomé, Togo

Abdoul-Samadou Aboubakari, Gynécologue-obstétricien

Service de gynécologie-obstétrique du CHU Kara, Université de Kara, Togo

Abstract

Introduction: Breech delivery is responsible for significant perinatal morbidity and mortality. The objective of this work was to describe the prognostic factors of breech delivery at Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé, Togo. **Methods:** This was a descriptive and analytical cross-sectional study with retrospective data collection spanning the period from April 1, 2022, to March 31, 2023, on 522 breech birth records. Data entry and analysis using Microsoft 2019 and SPSS 12.1 software. **Results:** The prevalence of breech deliveries was 4.6%. Caesarean section was done in 77%. There was a significant link between cesarean section and parity < 3 (p = 0.00), the presence of a uterine scar (p = 0.00), rupture of the water bag (p = 0.00), and neonatal weight > 3500g (p = 0.00). There is a significant

link between the APGAR at the 5th minute < 7 and the vaginal route ($p < 0.01$), the unfinished breech ($p < 0.025$), and the obstetrician specialist doctor and midwife ($p < 0.01$). The perinatal mortality rate was 4.6% and was significantly linked to the vaginal delivery ($p < 0.01$) and the specialist midwife and midwife ($p < 0.01$). **Conclusion:** The identification of prognostic factors for breech delivery will make it possible to reduce its perinatal morbidity and mortality.

Keywords: Breech delivery, prognostics factors, vaginal delivery

Introduction

L'accouchement du siège est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus par son pôle podalique et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois ou 28 semaines d'aménorrhée (SA) (Merger R et al, 2001, Lansac J et al 2017). C'est la deuxième présentation foetale la plus fréquente, derrière celle de la céphalique (Broche D et al 2008). Il est responsable d'une importante morbimortalité néonatale lorsque l'accoucheur ne maîtrise pas les manœuvres d'accouchement.

L'incidence de l'accouchement du siège est de 5 % en France (Dubois J et al 1990) et varie de 1,5 à 5,4 % (Sentilhes L et al 2020). C'est une urgence obstétricale du fait du pronostic périnatal qui est souvent réservé se situant entre 0,8 et 1,7 ‰ pour la voie basse et entre 0 et 0,8 ‰ pour les césariennes planifiées (Kotaska A et al 2019). Dans l'essai prospectif randomisé d'Hannah et al publié en 2000 retrouvait une réduction significative de la morbidité et mortalité périnatale dans le groupe de césarienne programmée par rapport au groupe d'accouchement par voie basse (17 sur 1039 [1,6 %] vs 52 sur 1039 [5,0 %]). Ce constat a même conduit ses auteurs à recommander la réalisation systématique d'une césarienne prophylactique pour les présentations du siège (Hannah M E et al 200). Quant aux recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), des critères d'acceptabilité de la voie basse ont été définis (Mattuizzi 2020).

Ainsi, le mode d'accouchement du siège ne fait plus l'unanimité entre les différentes équipes ou écoles. La voie d'accouchement est un enjeu qui se rencontre souvent à la maternité du centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé (CHU SO) au Togo qui présente une fréquence régulière des accouchements du siège souvent référées en travail d'accouchement et dont le pronostic d'accouchement est souvent réservé. Ce constat nous a amené à réaliser ce travail qui a pour objectif général : décrire les facteurs pronostiques des accouchements du siège à la maternité de la clinique de gynécologie - obstétrique du CHU SO. Et spécifiquement :

- Déterminer la prévalence des accouchements du siège
- Identifier les facteurs liés à la césarienne dans l'accouchement du siège
- Déterminer le lien entre le score d'Apgar et la voie d'accouchement et la qualification de l'accoucheur
- Déterminer s'il y'a une relation qui lie la mortalité périnatale à la voie d'accouchement et la qualification de l'accoucheur

Methodes

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique de données allant de la période du 1 Avril 2022 au 31 Mars 2023.

La population d'étude était constituée par les dossiers des accouchements au cours de la période d'étude, à la maternité de la clinique de Gynécologie-Obstétrique du CHU SO qui est un centre de référence délivrant des SONU-C.

L'échantillon a été calculé à 141 par la formule de SCHARTZ

z est le coefficient qui est égal à 1,96

p est la prévalence la plus basse égale à 1,5 %

d est la marge d'erreur à 2 %

Notre échantillon était de 522 couvrant ainsi la période d'étude de 1 an. Etaient inclus tous les dossiers des accouchements du siège à un âge gestationnel supérieur ou égal à 28SA. N'étaient pas inclus les dossiers d'accouchements de siège avec fœtus décédé avant l'admission ou accouchements après version par manœuvre interne et étaient exclus les dossiers des accouchements du siège avant admission.

La collecte des données était rétrospective à partir d'une fiche d'enquête prétestée comportant des variables socio-démographiques (âge, gestité, parité); les variables cliniques (terme de grossesse, travail d'accouchement, état de la poche des eaux); les variables paracliniques (échographie obstétricale, pelviscanner); les variables thérapeutiques (voie d'accouchement) et pronostiques (complications, décès).

La saisie et l'analyse des données a été faite grâce au Microsoft 2019 et logiciel SPSS 12.1.

Le test de Khi2 a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de significativité de 0,05.

Une autorisation du directeur de l'hôpital a été obtenue avant le début de la collecte des données.

Resultats

Aspects épidémiologiques :

Prévalence

Sur un nombre total de 11280 accouchements enregistrés sur la période d'étude, nous avons 522 cas d'accouchements du siège, soit une prévalence de 4,6%

Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques sont représentées sur le tableau 1.

- **Age** : L'âge moyen des patientes était de $29,1 \pm 4,8$ ans, avec des extrêmes de 16 et 45 ans.
- **Parité** : La parité moyenne était de $1,5 \pm 1,1$ accouchement avec des extrêmes de 0 et 8 accouchement (s). Les primipares étaient plus représentées (57,9 %) suivies des paucipares (31 %). La multiparité et grande multiparité représentaient 11,1 %.
- **Antécédents** : L'antécédent de cicatrice utérine représentait 6 % dont 5,4 % de césarienne.

Tableau 1 : répartition des patientes selon l'âge, la parité et les antécédents

	Effectif	Pourcentage
Age (ans)		
[14-20[	33	6,3
[20-24[	95	18,2
[25-30[	137	26,2
[30-34[	142	27,2
[35-40[	99	19,0
[40-45]	16	3,1
Parité		
Inférieure à 3	464	88,9
Supérieure à 3	58	11,1
Antécédents		
Présence de cicatrice utérine	31	6
Césarienne	28	5,4
Myomectomie	3	0,6
Absence de cicatrice	491	94
Obésité	3	0,6
Diabète	3	0,6
HTA	2	0,4

HTA : Hypertension artérielle

Aspects cliniques et paracliniques :

Les aspects cliniques et paracliniques des patientes sont présentés dans les tableaux 2 et 3.

Age et type de grossesse

L'âge gestationnel moyen de nos patientes était de $36,6 \pm 3,5$ SA avec des extrêmes de 28 et 42 SA dont 75,7 % de grossesse unique et 121 grossesses gémellaires.

Examen obstétrical

Le diagnostic du travail d'accouchement était fait chez 61,7 %. La poche des eaux était rompue dans 29,1 %.

Tableau 2 : répartition des patientes selon les données d'examen clinique

	Effectif	Pourcentage
Terme (SA)		
[28 - 32[	76	14,6
[32 - 36[	132	25,3
[36 - 42]	314	60,2
Travail d'accouchement		
Oui	205	39,3
Non	317	60,7
Poche des eaux		
Non rompue	369	70,7
Rompue	153	29,3
Bassin		
Normal	276	52,9
Limite	30	5,7
Rétréci	8	1,5
Non applicable (NA)	208	39,8

Examens paracliniques

- **Echographie obstétricale** : Elle a été faite chez toutes les patientes. La recherche de la déflexion de la tête fœtale dans 7,3 %.
- **Pelviscanner** : Il était effectué chez 13,9 % des patientes.

Tableau 3 : répartition des patientes selon l'échographie obstétricale et le pelviscanner

	Effectif	Pourcentage
Echographie obstétricale		
Type de siège		
Décomplété	315	59,1
Complet	218	40,9
Estimation du poids fœtal (g)		
[900 - 2500[	190	35,6
[2500 - 3500[	265	49,7
[3500 - 4500]	78	14,6
Déflexion primitive de la tête fœtale		
Oui	2	0,4
Non	37	6,9
Non évaluée	494	92,7
Pelviscanner		
Non fait	449	86
Fait	73	14
Indice de Magnin		
[18 - 20[	43	58,9
[20 - 23[	22	30,1
[23 - 26]	8	11,0

Aspects thérapeutiques :**Voie d'accouchement**

Plus de 3/4 de nos patientes (77 %) ont accouché par césarienne et 23 % par voie basse.

Accoucheur

Les médecins en spécialisation étaient les plus représentés dans 53,8 % ensuite les obstétriciens et les sages-femmes respectivement dans 27 % et 19,2 %.

Aspects pronostiques :**Pronostic périnatal****• Morbidité**

Le score d'Apgar a été évalué chez 533 nouveau-né. Le score était inférieur à 7 à la 5e minute chez 19,3%.

L'hypotrophie et la prématurité représentaient 36,2 %.

Les complications néonatales étaient représentées par l'asphyxie néonatale dans 23,9 %, paralysie du plexus brachial dans 0,6 %.

• Mortalité :

Nous avons enregistré 24 décès périnataux (4,6%) dont 13 mort-nés (2,4%).

Pronostic maternel

- **Morbidité :** La complication la plus retrouvée était la déchirure de la filière génitale dans 1,8%. Les autres complications étaient représentées par 6 cas d'endométrite du post-partum, 2 cas d'hémorragie du post-partum immédiat et un (1) cas de rupture utérine.
- **Mortalité :** Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré.

Facteurs pronostiques :

- **Facteurs pronostiques d'accouchement :** Il existe un lien significatif entre la césarienne et la parité < 3 ($p = 0,00$), la présence d'une cicatrice utérine ($p = 0,00$), la rupture de la poche des eaux ($p = 0,00$), et le poids néonatal $> 3500g$ ($p = 0,00$). Il n'y avait pas de lien significatif entre la voie d'accouchement et l'âge des patientes ($p = 0,44$), et le type de présentation ($p = 0,10$).
- **Facteurs pronostiques de l'APGAR:** Il existe un lien significatif entre l'APGAR à la 5^e minute < 7 et la voie basse ($p < 0,01$), le siège décomplété ($p < 0,025$) d'une part et d'autre part, l'accoucheur médecin en spécialisation et sage-femme ($p < 0,01$).

Tableau 4 : APGAR/ voie d'accouchement, type de siège, accoucheur

	APGAR 5 ^e min		Khi ²	p
	< 7	≥ 7		
Voie d'accouchement			53,86	< 0,01
Voie basse	48	72		
Césarienne	44	358		
Type de siège			5,82	< 0,025
Complet	48	170		
Décomplété	44	271		
Accoucheur			35,35	< 0,01
Médecin en spécialisation	44	215		
Obstétricien	8	136		
Sage-femme	40	79		

- **Facteurs pronostiques de mortalité périnatale:** Il existe un lien significatif entre les décès périnataux et la voie basse ($p < 0,01$), d'une part et d'autre part, l'accoucheur médecin en spécialisation et sage-femme ($p < 0,01$).

Tableau 5 : Décès périnatal/voie d'accouchement et accoucheur

	DECES PERINATAL		Khi ²	P
	NON	OUI		
Voie d'accouchement			17,77	< 0,01
Voie basse	247	141		
Césarienne	14	0		
Accoucheur			17,26	< 0,01
Médecin en spécialisation	247	14		
Obstétricien	141	0		
Sage-femme	110	10		

Discussion

La prévalence des accouchements du siège dans notre étude (4,6 %) est supérieure à celles rapportées au Congo (3,7 %) et en RDC (2,5 %) (Katenga B et al 2013. Mukuku O et al 2014), . Par contre, elle est inférieure à celle rapportée en Amérique (4,9 %)(Namara M et al 2012). Cette différence pourrait s'expliquer par nos critères d'inclusion qui prennent en compte les accouchements du siège à partir de 28 SA.

Les césariennes étaient les plus pratiquées dans 77 % des cas et avaient un lien significatif avec la parité < 3 ($p = 0,00$), la présence d'une

cicatrice utérine ($p = 0,00$), la rupture de la poche des eaux ($p = 0,00$), et le poids néonatal $> 3500g$ ($p = 0,00$).

Les recommandations du CNGOF en 2019 estiment un poids fœtal $> 3800g$ est une contre-indication à la voie basse (Azria et al en 2020),

La primipare n'a pas encore fait la preuve de son bassin, tenter un accouchement par voie basse est considéré comme un très grand risque. Pour certaines paucipares qui avaient déjà fait la preuve de leur bassin, c'est l'association d'autres facteurs qui pourraient expliquer leur association significative à la césarienne.

L'accouchement du siège est considéré comme une épreuve du bassin, ce qui fait que l'existence d'une cicatrice utérine est vue comme contre-indication (on ne pourra pas faire deux épreuves en même temps au cours du même accouchement).

La rupture précoce de la poche des eaux empêche l'évolution adéquat du siège, car c'est la poche qui permet de dilater le col dans la présentation du siège.

Pour la limite du poids fœtal à 3500 g, nous l'expliquons par la faible réalisation du pelviscanner dans le pronostic d'accouchement au CHU SO, comme l'a rapporté (Adjénou K et al en 2011) dans le même centre. Il existe également une faible évaluation de la flexion de la tête fœtale en intrapartum, du fait de l'indisponibilité de l'échographe dans les salles de travail.

L'Apgar du nouveau-né à la 5^e min < 7 dans 23% était significativement lié à l'accouchement par voie basse et accoucheur moins qualifié.

Pour le lien avec la voie d'accouchement, (Bassey G et al en 2015) au Nigéria ont rapporté le lien avec l'accouchement par voie basse avec un $p = 0,000$. De même, (Ekéus et al en Suède en 2017) et (Högberg et al 2016) en Tanzanie ont rapporté des résultats similaires (risque 13,3 et 6,5 fois plus élevée pour le score d'Apgar < 7 à 5 min en cas d'accouchement voie basse par rapport à la césarienne). En effet l'insuffisance de maîtrise des manœuvres d'accouchement par les accoucheurs et la mécanique obstétricale même de l'accouchement de siège expliqueraient cela.

Il avaient un lien significatif entre les accoucheurs médecins en spécialisation et les sages-femmes et ce faible Apgar du fait du manque d'expérience et d'apprentissage. La simulation est le moyen précieux et accepté pour l'apprentissage des étudiants (Satin et al 2018).

La mortalité périnatale était liée significativement avec la voie basse et l'accoucheur. Déduisant des explications sus données expliquant le mauvais score d'Apgar, le risque de complications surtout d'hémorragie intracrânien et d'acidose était plus élevé chez les nouveau-nés en cas de voie basse et surtout si l'accoucheur maîtrise peu les manœuvres. (Ekéus C et al

2017) ont rapporté le risque 6,7 fois plus élevée pour l'hémorragie intracrânienne pour la voie basse que ceux accouchés par césarienne. (Robin A et al 2022) ont rapporté des nouveau-nés en acidose modérée lorsqu'une tentative de voie basse était réalisée ($p < 0,001$).

Conclusion

L'identification des facteurs pronostiques de l'accouchement du siège permettra de réduire la morbidité périnatale. Cette réduction doit passer par l'apprentissage des manœuvres d'accouchement en simulation, la réalisation du pelviscanner et la recherche de la déflexion de la tête fœtale en salle de travail d'accouchement.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Adjenou K, Amadou A, Sonhaye L, Adambounou K, Agoda K, Tchaou M. Contribution de la scanopelivetrie dans le pronostic d'accouchement. AJOL.2011 : 13 (1).
2. Azria É. Présentation du siège. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : Critères de sélection des femmes éligibles à une tentative d'accouchement par voie basse. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020; 48 (1) :120-31.
3. Basse G, Nyengidiki TK et Okpani J. Revisiting the mode of delivery and outcome of singleton breech delivery in a tertiary health facility in Nigeria. AJOL. 2015 : 32 (2).
4. Broche D, Maillet R, Curie V, Ramanah R, Schaal J, Riethmuller D. Accouchement en présentation du siège. Encyclopedie médico chirurgicale. Masson. 2008 ; 5-049-L-40.
5. Dubois J, Grall YJ. Histoire contemporaine de l'accouchement par le siège. Revue Française de Gynécologie et Obstétrique 1990 ; 855 :336-341.
6. Ekéus C, Norman M, Åberg K, Winberg S, Stolt K, et Aronsson A. Vaginal breech delivery at term and neonatal morbidity and mortality a population-based cohort study in Sweden. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2017 ; 32(2) : 265-270.

7. Hannah M E, Hannah W J, Hewson S A, Hodnett E D, Saigal S. Accouchement par présentation du siège par voie vaginale : la fin d'une époque. *Lancet*.2000; 356 : 1357-83.
8. Högberg U, Claeson C, Krebs L, Skoog A, Svanberg and Kidanto H. Breech delivery at a University Hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 ; 16 : 342
9. Katenga B, Maindo A, Labama O, Likilo O. Prévalence et pronostic materno-fœtal des accouchements par présentation du siège dans la ville de Kisangani (RD Congo). *Rev méd Gd Lacs*. 2013 ; 2(4) : 403-415
10. Kotaska A, Menticoglou S. Prise en charge de la présentation du siège du fœtus à terme. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2019; 41(8) : 1206-20.
11. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Présentation du siège. *Pratique de l'accouchement* ; Paris : Masson, 6e édition. 2017 ; P123-139.
12. Mac Namara J, Odibo A, Macones G and Cahill A. The effect of breech presentation on the accuracy of estimated fetal weight, *Am J Perinatol*. 2012 ; 29 : 353-360.
13. Mattuizzi. Présentation du siège épidémiologie, facteurs de risque et complications. *Recommandations pour la pratique clinique*. Paris ; 2020 ; 48(1) : 70-80.
14. Merger R, J Levy, J Melchior. Présentation du siège. *Précis d'obstétrique* 6e édition ; Masson Paris 2001, 185-195.
15. Mukuku O, Kimbala J, Kinenkinda X, Kizonde J. Accouchement du siège par voie basse : étude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. *Pan Afr Med J*. 2014;17.
16. Robin A, Eyraud J L, Catalan C, Aubard Y, Coste M. Impact d'un protocole de service sur la pratique de l'accouchement voie basse des présentations du siège à terme. *Gynécol Obst Fertilité & Sénologie*. 2022; 50 (1) : 45-52
17. Satin, Andrew J. MD. Simulation in Obstetrics. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 ; 132(1) : 199-209.
18. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Présentation du siège. *Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF*. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2020 ; 48 (1) : 63-9.