

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 10 ■ N° 24 (2015)



(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 rédaction

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 Fournié (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

A Diouf (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, clé USB 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) 62 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto: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 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original 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 Medicus, 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. 2^{ème} éd. 1992 : 218-225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. *Pratique de l'accouchement*. Paris. SIMEP. 2^{ème} 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

La prise en charge des avortements a la maternité du centre hospitalier régional de Saint Louis de 2013 a 2015

Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

Intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine dans la prise en charge des avortements incomplets du premier trimestre à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena-Tchad

Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

Facteurs influençant le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement à terme de singleton en présentation du siège: étude rétrospective comparative cas-témoins au centre hospitalier universitaire départemental du Borgou-Nord Bénin

Houndeffo T, Adisso S, Lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

Délais de réalisation des césariennes en urgence dans le contexte de la gratuité ciblée à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan)

P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)

Hounkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Hounkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 27- 31

Aspects épidémiologiques, cliniques et socioculturels de l'excision dans le district de Bamako

Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T...32 - 37

Les anomalies d'insertion placentaire en milieu hospitalier de Ouagadougou. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques

Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

Retour précoce à domicile après accouchement normal à la maternité du CHUD/Borgou en 2015

Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CAS CLINIQUE

Syndrome de la queue de cheval et grossesse : analyse d'un cas et revue de la littérature

AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

The management of abortions at the maternity regional hospital of saint louis from 2013 to 2015

Thiam O, Cisse ML, Diouf AZ, Niang M, Gueye M, Moreau JC.....1 - 6

Interest of manual vacuum aspiration (MVA) for management of incomplete abortion first trimester in child and mother hospital of N'djamena.

Foumsou L, Kainba P, Mahamat P, Damthéou S, Djongali S, Hissein A, Lokossou A, Perrin RX....7 - 12

Factors influencing fetal and neonatal prognosis term delivery of singleton breech presentation: a retrospective case-control comparative study at the university hospital departmental Borgou -north Benin

Houndeffo T, Adisso S, lokossou A, Capo-chichi BM, Takpara I, Perrin RX.....13 - 17

Time of execution emergency caesarean sections in the context of free care at the maternity of teaching hospital of treichville (abidjan)

P Guié, J M Dia, E Bohoussou, Yao I, E Nguessan, M Oyelade, G Okon, S Anongba.....18 - 21

Pratiques recommandées et non recommandées au cours de l'accouchement normal au centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou (Bénin)

Houunkpatin BIB, Obossou AAA, Tshabu Aguemon C, Houunkponou FN, Aboubakar M, Otchoun UP, Perrin RX..... 22- 28

Epidemiological, clinical, socio-cultural and economic aspects, female genital cutting in the district of Bamako

Sylla M, Diakite FLF, Diakite AA, Toure M, Traore A, Diallo O, Diawara M, Toure A, Sidibe T....29 - 37

The placental insertion abnormalities in ouagadougou hospitals: about epidemiological, clinical and prognostic aspects.

Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Ouattara A, Yameogo B, Kain DP, Komboigo E, Kabore X, Sawadogo W, Lankoande J.....38 - 42

Early return home delivery normal after maternity of chud / borgou by 2015

Denakpo JL, Sidi R, Tognifode MV, Aguemon C, Kpoton SGG, Perrin RX.....43 - 50

CASE REPORT

Cauda equina syndrome and pregnancy: case report and literature review

AB Bah, T Sy, J Donamou, AB Diallo, A Toure, AT Diallo, ND Camara.....51 - 53

**FACTEURS INFLUENÇANT LE PRONOSTIC FŒTAL ET NEONATAL DE
L'ACCOUCHEMENT A TERME DE SINGLETON EN PRESENTATION DU SIEGE: ETUDE
RETROSPECTIVE COMPARATIVE CAS-TEMOINS AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DEPARTEMENTAL DU BORGOU -NORD BENIN**

*FACTORS INFLUENCING FETAL AND NEONATAL PROGNOSIS TERM DELIVERY OF
SINGLETON BREECH PRESENTATION: A RETROSPECTIVE CASE-CONTROL COMPARATIVE
STUDY AT THE UNIVERSITY HOSPITAL DEPARTMENTAL BORGOU -NORTH BENIN*

HOUNDEFFO T¹, ADISSO S¹, LOKOSSOU A², CAPO-CHICHI BM¹, TAKPARA I¹, PERRIN RX²

¹Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO-CNHU/HKM) ;

²Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)

Faculté des Science de la Santé, 01 BP 188 Cotonou (République du Bénin)

correspondances : Dr.Houndeffo Tiburce, Email:htiburce@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif. Comparer le pronostic fœtal et néonatal du fœtus singleton à terme en présentation du siège à celui du fœtus singleton à terme en présentation du sommet

Matériel et méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins menée de 2001 à 2005 au Département de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou au Nord Bénin. L'étude était essentiellement basée sur l'analyse du pronostic fœtal et néonatal. Les données recueillies étaient traitées sur le logiciel Epi Info 6 et les tests statistiques comportaient le Khi2 de Pearson, le Khi2 corrigé et le test exact de Fisher. Le niveau des risques encourus était calculé avec l'odds ratio (Or) et son intervalle de confiance (IC) à 95% en acceptant un seuil de probabilité $p = 0,05$.

Résultats La fréquence de l'accouchement du siège était de 309 cas sur 6183 accouchements (5,1%); 54 cas sur 309 fœtus en présentation du siège (17,5%) sont accouchés par l'opération césarienne versus 97 cas sur 618 fœtus en présentation du sommet (15,7%). Soixante quinze nouveau-nés (75) en présentation du siège sur 309 (24,27%) sont transférés en néonatalogie contre 115 nouveau-nés en présentation du sommet sur 618 (18,6%) [$p=0,044$]. La mortalité périnatale était 9 fois plus élevée lorsque l'accouchement du fœtus en présentation du siège était effectué par les voies naturelles que par la césarienne.

Mots clés : Présentation du siège singleton-Accouchement-Pronostic fœtal et néonatal.

SUMMARY

Objective. To study the fetal and neonatal prognosis of the fetus in breech presentation compared to the fetal and neonatal prognosis of the fetus in summit presentation

Material and methods. It was a cases-controls retrospective study achieved from 2001 to 2005 at the Obstetrics and Gynaecology Department of the University Teaching Hospital of CHDB/U (in North Benin). The study was mainly based on the fetal and neonatal prognosis analysis. The data were treated by EpiInfo software and the statistical tests used were the Khi2 test of Pearson, the corrected test of Khi 2 and the exact test of Fisher. The risk level were calculated with the odds ratio (Or) and its IC at 95% while accepting a probability $p = 0,05$.

Results. The frequency of the breech deliveries was 309/6183 (5,1%); 54 cases/309 breech presentations were delivered by caesarean section versus 97 cases /618 summit presentations (15,7%). Seventy five (75)/309 (24,3%) new born in breech presentation were transferred in neonatology vs. 115/618 (18,6%) new born in summit presentation [$p=0,044$]. The perinatal mortality risk was multiplied by 9 when the fetus in breech presentation was delivered virginally instead by caesarean section.

Key words: Single breech presentation-Delivery-Fetal and neonatal prognosis

INTRODUCTION

L'accouchement du siège à terme par voie basse ou par césarienne reste encore débattu [1, 2].

L'étude randomisée menée en 2000 (BreechTerm Trial) plaide en faveur d'une césarienne systématique, tandis que l'étude française prospective PREMODA, celle de Alarab dans une série irlandaise et la série norvégienne de Haheim en 2004 plaident pour une possible acceptation de la voie basse dans le cadre d'une sélection rigoureuse des patientes et ceci sans augmentation réelle de la morbi-mortalité néonatale [3, 3, 4, 5, 6, 7]

La plupart des auteurs donnent une fréquence globale des présentations du siège de 3 à 4 % de l'ensemble des accouchements. Tous s'accordent à considérer l'accouchement en présentation du siège comme un accouchement associé de façon particulière à une mortalité et une morbidité périnatale élevées.

La présente étude vise surtout à étudier le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement du singleton à terme en siège à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Départemental de Parakou dans le Nord-Benin, afin d'améliorer la prise en charge.

I. MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins couvrant une période de cinq ans (2001-2005) destinée à évaluer le pronostic fœtal et néonatal de l'accouchement du siège singleton au Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou (CHDB/U).

L'échantillonnage était systématique. Les cas sont constitués par les accouchements en présentation du siège de grossesse mono fœtale et les témoins par les accouchements en présentation du sommet. La population d'étude est constituée des femmes ayant accouché à la maternité du CHUD-Parakou. Pour un cas de présentation du siège nous avons appariés comme témoins deux cas de présentation du sommet suivants.

Ainsi avons obtenu une taille d'échantillon de 927 répartie pour 309 fœtus en présentation du siège (les cas) et 618 fœtus en présentation du sommet (les témoins)

Les critères d'inclusion / Non inclusion

1) Accouchements à terme, en présentation du siège et du sommet dans le service ; 2) Accueil des parturientes en salle de naissance des cas inclus dans l'étude ; 3) Evaluation du score d'Apgar à la naissance et transfert en néonatalogie des bas scores d'Apgar.

Les dystocies du siège transférées des maternités

périphériques n'étaient pas incluses dans l'étude.

Les variables étudiées étaient : socio démographiques, le terme de la grossesse, le mode d'accouchement, la dilatation du col à l'entrée en salle de naissance, le type de siège, la voie d'accouchement; la durée de la période d'expulsion, le poids de naissance des nouveau-nés ; les complications (asphyxie, procidence du cordon) au cours de l'accouchement ; la morbidité et la mortalité périnatale; le score d'APGAR à une et à cinq minutes.

L'analyse des données était faite sur le logiciel EPI INFO 6 et SPSS 11.0 et les tests statistiques utilisés étaient le Khi2 de Pearson, le Khi2 corrigé et le test exact de Fisher en acceptant une probabilité significative $p=0,05$.

II. RÉSULTATS

2.1. Fréquence

A l'issue de cette étude, 309 cas de présentations du siège ont été dénombrés sur un total de 6183 accouchements soit une fréquence moyenne de 5,1% de fœtus en présentation du siège.

2.2. Complications fœtales, per partum et facteurs influençant la période périnatale

Tableau I: Complications fœtales per partum

	Siège (N%)	Sommet (N%)	Total	Khi2	P
Souffrance fœtale aiguë	42(13,6)	92(14,9)	132	0,64	0,425
Procidence du cordon	12(3,9)	5(0,8)	17	10,82	0,001

En comparaison du score d'APGAR, de la morbidité et de la mortalité périnatale a été obtenu un :

- APGAR à 1mn <7 chez 151 soit 49,0% des nouveau-nés en présentation du siège et chez 172 soit 27,8% en présentation du sommet [$P=0,000$; $OR=1,80$; (IC à 95%)=(1,50-2,15)].

- APGAR à 5 mn <7 chez 64 soit 20,8% des nouveau-nés en présentation du siège et chez 79 soit 12,8% en présentation du sommet [$P=0,002$; $OR=1,44$; (IC à 95%)= (1,16-1,77)]. La Réanimation néonatale a été effectuée chez 140 soit 45,3% des nouveau-nés en présentation du siège et chez 178 soit 28,8% en présentation du sommet [$P=0,000$; $OR=1,59$; (IC à 95%)= (1,32-1,90)].

2.3. Poids de naissance

Tableau II : Comparaison des poids de naissance des fœtus nés en présentation du siège et ceux nés en présentation du sommet

	Siège (N%)		Sommet (N%)		Total(N%)		Chi2	P
<2500g	85	(27,7)	68	(11,1)	153	(16,6)	40,77	0,000
[2500-3500 [	188	(61,2)	436	(71,0)	624	(67,8)		
[3500- 4000[	31	(10,1)	93	(15,1)	124	(13,5)		
≥ 4000g	3	(1,0)	17	(2,8)	20	(2,2)		
Total	307	(100,0)	614	(100,0)	921	(100,0)		

2.4 Evènements périnataux

?Pronostic néonatal selon la voie d'accouchement du fœtus en présentation du siège

Le faible score d'APGAR à 5 mn de vie était noté chez 57 (24,8%) nouveau-nés accouchés par la voie basse en présentation du siège versus 7 (9,0) nouveau-nés accouchés par césarienne (p=0,003).

Par ailleurs la mortalité périnatale des nouveau-nés en siège était 9 fois plus élevée par voie basse que par césarienne [39 (16,9%) vs 2 (2,7%); p=0,006; OR=9,24 [0,37-75,37]

?**Tableau III.** Comparaison du pronostic néonatal en fonction de la durée d'expulsion du fœtus en présentation du siège

<15mn	15mn				P	OR (IC à 95%)
	N	%	N	%		
Morbidité néonatale						
APGAR à 1mn <7	64	45,4	44	56,4	0,118	
APGAR à 1 mn ≥7	77	54,6	34	43,6		
Apgar à 5 mn <7	26	18,4	29	37,2	0,003	2,02 (1,28-3,17)
APGAR à 5 mn ≥7	115	81,6	49	62,8		
Traumatisme néonatal	2	1,4	3	3,8	0,307	
Mort apparente	14	9,9	10	12,7	0,816	
Réanimation néonatale	60	42,6	34	43,0	0,364	
Transfert en néonatalogie	26	18,4	20	25,3	0,529	
Mortalité périnatale	17	12,0	20	25,3	0,049	2,07 (0,95-4,53)

Au-delà de 15 mn de durée d'expulsion, le risque de faible score d'APGAR persistant était 2 fois plus élevé à 5 mn de vie (p<0,003)

III. DISCUSSION

La fréquence de l'accouchement en présentation du siège dans notre étude était comparable à celle enregistrée dans une étude à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique [8].

Morbidité néonatale dans l'accouchement du siège. Elle était liée au faible poids de naissance, à la procidence du cordon (p=0,000 & 0,001, Tableaux I & II). Par ailleurs un peu plus de quatre nouveau-

nés sur dix en présentation du siège étaient réanimés et la même proportion transférée en néonatalogie lorsque le travail d'accouchement était dirigé (Tableau III). Les résultats des travaux effectués au GABON en 2003 rendaient compte d'une morbidité néonatale 5 fois plus élevée dans l'accouchement en présentation du siège que dans l'accouchement en présentation du sommet [9].

Les paramètres que nous avons analysés dans notre étude n'étaient pas des indicateurs performants pour déterminer la morbidité et certains préféraient la mesure du pH au cordon; pour les auteurs [10, 11, 12] une attitude obstétricale moderne ne devrait plus

se passer du pH au cordon.

Facteurs influençant le pronostic néonatal dans l'accouchement du siège:

La durée d'expulsion

Dans notre série le score d'APGAR inférieur à 7 à la première minute était noté dans près de la moitié des fœtus nés en présentation du siège ; en outre, 45,4% de fœtus ayant un score d'APGAR inférieur à 7 à 1 minute ont connu une durée d'expulsion de moins de 15 minutes contre 56,4% pour une durée d'expulsion de plus de 15 minutes. Les travaux effectués à la CUGO par ALIHONOU [8] notaient trois fois plus de détresse respiratoire immédiate dans les accouchements du siège que dans les accouchements du sommet et les séries de RICHARD [13] avaient mis en exergue le rôle de la procidence du cordon, complication fréquente dans notre étude pour les fœtus en présentation du siège par rapport à ceux qui étaient en présentation du sommet ($p=0,001$). Le risque de détresse respiratoire persistante dans ces conditions est plus élevé selon certains auteurs RAUDRANT et al. [14]; 1,95 (1,45-2,61) pour un accouchement du siège ($p=0,05$).

La procidence du cordon (Tableau I) était fonction du mode de présentation du siège: de 0 à 2% dans le siège décompleté mode des fesses, de 5 à 10 & 10 à 25% respectivement dans le siège complet et dans le siège décompleté mode des pieds d'après un auteur [13] qui rapportait dans sa série une incidence de la procidence du cordon deux fois plus élevée chez les multipares que chez les primipares. HANNAH et al. [15] notaient un taux de 0,6% de procidence du cordon dans la présentation du siège.

Traumatisme néonatal et mortalité périnatale

Dans notre série le taux de traumatisme néonatal n'était pas statistiquement significatif chez les nouveau-nés en présentation du siège comparés à ceux qui étaient nés en présentation du sommet ; ce constat était aussi rapporté dans une étude faite en Scandinavie [16].

La mortalité périnatale dans notre série était neuf fois plus élevée dans l'accouchement en présentation du siège que dans l'accouchement en présentation du sommet, notamment en cas de durée d'expulsion par voie basse supérieure ou égale à 15 mn (Tableau III). Dans l'étude faite par les auteurs au Gabon en 2003 [9], il était rapporté une mortalité néonatale précoce 5 fois plus élevée dans les accouchements du siège que dans les accouchements du sommet.

CONCLUSION

L'accouchement d'un siège par voie basse est un accouchement à risque de complications, notamment de détresse respiratoire immédiate et souvent persistante, de traumatisme néonatal, de transfert du nouveau-né en néonatalogie et de réanimation néonatale. Il est souhaitable qu'une équipe de néonatalogiste soit disponible en salle de naissance pour l'accueil des nouveau-nés en présentation du siège.

REFERENCES

1. GILBERT WM, HICKS SM, BOE NM, DANIELSEN B.. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: a population-based study. *ObstetGynecol* 2003; 102: 911-7.
2. SIBONY O, LUTON D, OURY JF, BLOT P. Six hundred and ten breech versus 12,405 cephalic deliveries at term: is there any difference in the neonatal outcome? *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2003; 107: 140-4.
3. 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. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
4. CARAYOL M, ALEXANDER S, GOFFINET F, BREART G, ALEXANDER S, UZAN S et al. Mode d'accouchement des femmes avec une présentation du siège à terme dans l'étude PREMODA. *J GynecolObstetBiolReprod* 2004; 33(suppl. 1): S37-44.
5. CARAYOL M, GOFFINET F. Les pratiques obstétricales d'après l'étude française « voie d'accouchement et morbidité en cas de présentation du siège à terme ». *Proceedings of the « 33^{es} journées nationales de la société française de médecine périnatale »* 2003; Nantes ; 157-71.
6. ALARAB M, REGAN C, O'CONNELL MP, KEANE DP, O'HERLIHY C, FOLEY ME. Singleton vaginal birth delivery at term: still a safe option. *ObstetGynecol* 2004; 103: 407-12.
7. HAHEIM LL, ALBRECHTSEN S, BERGE LN, BORDAL PE, EGELAND T, HENRIKSEN T et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta ObstetGynecolScand* 2004; 83: 126-30.
8. ALIHONOU E., AGUESSY B., LALEYE H., ATCHADE D., PERRIN R. La version par manœuvres internes : alternative à une opération césarienne dans les conditions précaires ; expérience à la CUGO. *Rev. Fr.Gynec. Obstét* 1967 ; 82 : 247-50

9. J.F. MEYE, S.MAYI, A SIMA ZUE, T. ENGONGAH BEKA, E.KENDJO, B. SIMA OLE. Pronostic neonatal de l'accouchement par les voies naturelles du fœtus en présentation du siège à la Maternité Joséphine Bongo de Libreville. Cahier d'Eudes et de Recherches Francophones/ Santé 2003; 13(2):81-4.
10. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion: mode of term singleton breech delivery. Int. J. Gynecol-Obstet 2002; 77: 65-6
11. LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H. Accouchement du siège. In: Pratique de l'accouchement 3ème édition. Masson éditeur Paris 2001 ; 190-5
12. BEN AKLI K. La présentation du siège singleton à terme : A propos d'une série bisontine de 529 cas. Thèse Médecine, Besançon 2000 ; N°121
13. RICHARD FISCHER. Breech presentation. Last Update 2006: 1-33
14. ADRAUDRANT, F VAUDOYER, F.GOLFIER, F. CHAMPION. L'accouchement du siège à terme place à la césarienne systématique. XIVes Journées de techniques avancées en gynécologie obstétrique, pma et pédiatrie Janvier 1999.
15. HANNAH M. HANNAH W. Caesarean section or vaginal birth for breech presentation at term. Br Med J, 1996; 312-1433
16. ULANDER V.M., GISSLER M., NUUTILAM., VLIKORKALA O. Are heat expectations of term breech infants unrealistically high? Acta Obstét.gynecol. Scand. 2004; 83:180-6