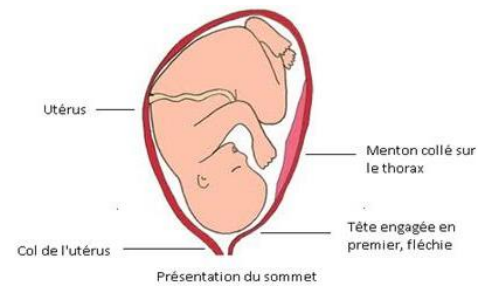


## Présentation du sommet

### Introduction

- La présentation est la partie fœtale qui occupe l'aire du détroit supérieur
- La présentation de sommet est la présentation la plus fréquente, la plus favorable et la plus banale, à tel point qu'elle est devenu synonyme de présentation normale.
- Malgré tout, son caractère eutocique ne doit pas faire négliger ou oublier son diagnostic, son mécanisme obstétrical et les paramètres de sa surveillance



### Intérêt de la question

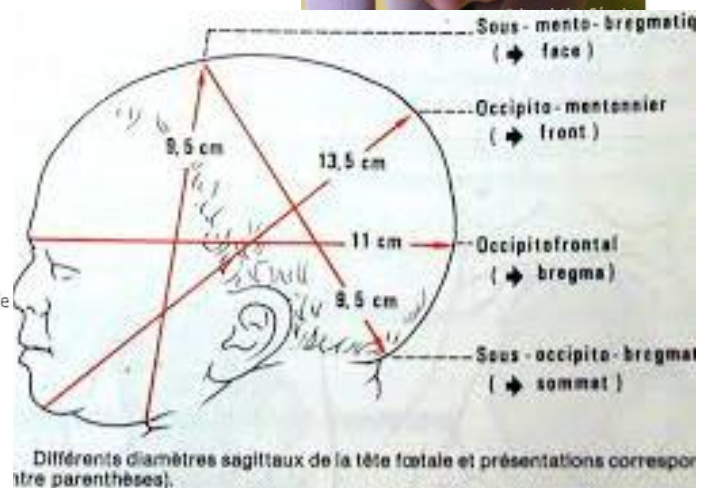
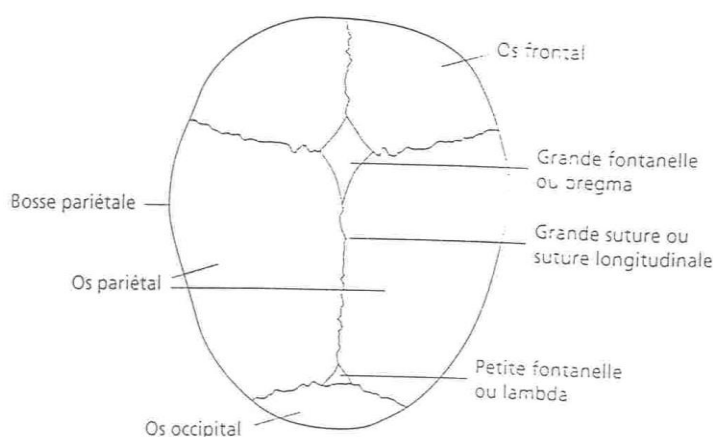
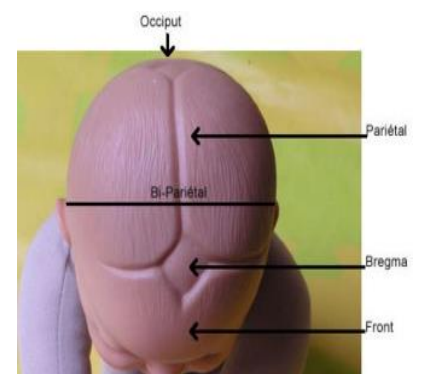
- La présentation du sommet est la plus fréquente des présentations
- De 90% des cas (selon Morin en 1965) à 95% (selon l'étude de Body faite entre 1988-1994), la présentation du sommet représente, de loin, la présentation la plus fréquente et eutocique par excellence

### Etiologie

- La grande fréquence de cette présentation, s'explique par la loi d'accommodation de Pajot énoncée par Pinard : « quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant (utérus puis bassin) est le siège de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu (fœtus) tend sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant »
- A cette loi physique, s'ajoute l'attitude naturelle du fœtus humain *in utero* en flexion pour tous les segments du tronc, des membranes, du cou sur le thorax et la tête sur le cou

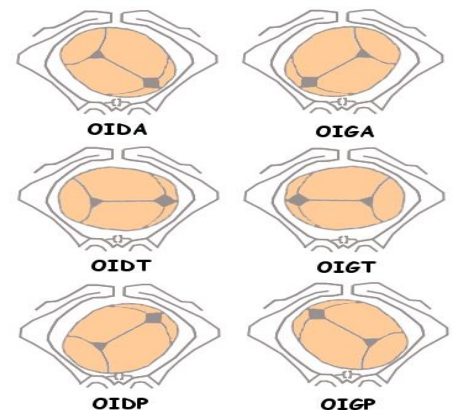
### Caractères de la présentation

- **Repère** : le repère de la présentation est l'occiput, facilement repérable par la petite fontanelle (fontanelle postérieure ou lambda) peu étendue, la fontanelle postérieure est un carrefour en « Y » où convergent les deux sutures occipito-pariétales et la suture interpariétale ou longitudinale « sagittale »
- **Diamètre de la présentation** : c'est le diamètre sous occipito-bregmatique qui mesure 9,5 cm, compatible avec tous les diamètres du bassin normal



## Variété de position

- La position est la situation qu'occupe la présentation par rapport à un point de repère pris sur le bassin
- La situation de l'occiput, au regard du pourtour de l'excavation pelvienne, précise les variétés de position de la présentation du sommet. Ainsi, suivant l'orientation de la tête, l'occiput se trouvant :
  - **En avant** : vers l'imminence ilio-pectinée
  - **En arrière** : vers le sinus sacro-iliaque
- Quatre variétés de position d'engagement sont possibles :
  - Occipito-Iliaque Gauche Antérieure (OIGA) : 60%
  - Occipito-Iliaque Droite Postérieure (OIDP) : 32%
  - Occipito-Iliaque Gauche Postérieure (OIGP) : 6%
  - Occipito-Iliaque Droite Antérieure (OIDA) : 2%
- Ainsi, les positions antérieures sont les plus fréquentes (70%)
- Le diamètre oblique gauche du bassin est le plus utilisé (92%), ceci est dû au fait que ce diamètre a souvent quelques millimètres de plus que le droit



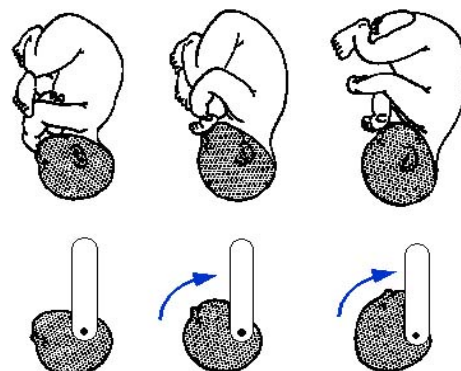
## Etude clinique

L'examen clinique doit être réalisé dans de bonnes conditions : décubitus dorsal, paroi abdominale relâchée, vessie vide, en-dehors des contractions utérines

- **Examen abdominal** :
  - **Inspection** : elle permet de reconnaître que l'utérus est développé longitudinalement. Il a sa forme ovoïde à grosse extrémité supérieure
  - **Palpation** : pratiquée dans l'intervalle des contractions utérines, méthodiquement selon les manœuvres dites de Léopold :
    - **Palpation de la région sus-pubienne** : les deux mains posées à plat palpent le pôle pelvien cherchant par leurs paumes et par la pulpe des doigts à reconnaître à travers la paroi abdominale les reliefs du pôle fœtal qu'elle moule. Elle permet de préciser :
      - ✓ **Caractères de ce pôle** : s'il est sphérique, dur, régulier → pôle céphalique
      - ✓ **Volume de ce pôle**
      - ✓ **Son degré de flexion** :
        - ❖ D'un côté, les doigts perçoivent une saillie osseuse, nette, angulaire → le front
        - ❖ De l'autre, les doigts suivent un contour doucement arrondi → l'occiput
        - ❖ Front et occiput ne sont pas sur le même plan horizontal
      - ✓ **Son degré de descente et d'engagement** :
        - ❖ Si la tête ballote d'une main à l'autre c'est parce qu'elle est mobile
        - ❖ Si la tête ne peut plus être mobilisée, elle est fixée
        - ❖ Si l'on ne perçoit plus l'occiput, elle est engagée
        - ❖ **Signe de Fabre** : la tête est engagée si la distance entre la saillie acromiale et le bord supérieur du pubis est inférieure à 7 cm, soit quatre travers de doigt
        - ❖ **Signe de Le Lorier** : deux doigts entre épaule antérieure et pubis
        - ❖ **Signe de Pinard** : palper mensurateur appréciant le débord céphalique



- **Palpation du fond utérin** : les doigts, des deux mains, posés à plat sur le fond utérin retrouvent un pôle ayant les caractères suivant : arrondi, plus volumineux que le pôle pelvien, contours moins réguliers, résistance inégale, moins dur que l'extrémité céphalique, en continuité avec le plan du dos, sans sillon intercalaire, moulé par le fond utérin, il ne ballotte pas sauf en cas d'excès de liquide amniotique → pôle podalique. Les membres inférieurs sont perçus sous forme de plus petits volumes, durs et mobiles
- **Palpation des faces latérales de l'utérus** : les deux mains posées à plat sur l'abdomen palpent successivement, de haut en bas, l'un puis l'autre des bords utérins. Elles reconnaissent ainsi :
  - ✓ D'un côté, un plan allongé, régulier, ferme et lisse → plan du dos. Il se continue en haut avec le siège, en bas avec la tête dont il est séparé par une dépression séparant le dos du pôle céphalique → sillon du cou. Ce sillon est d'autant plus marqué que la tête est plus défléchie. A proximité du sillon du cou, le moignon de l'épaule et l'acromion peuvent être perçus
- **Auscultation des battements cardiaques fœtaux** : elle se fait en-dehors des contractions utérines. Le foyer maximum des battements se situe un peu au-dessous de l'ombilic, du côté du plan dorsal
- **Examen vaginal** : le toucher vaginal doit être conduit systématiquement et méthodiquement. C'est souvent par le toucher vaginal que l'on acquiert la certitude du diagnostic de présentation :
  - **Signes propre de la présentation du sommet** : les doigts intra-vaginaux confirment le diagnostic :
    - **Présentation céphalique** : par la perception de la tête dure, lisse, arrondie
    - **Présentation du sommet** : s'il y a une dilatation cervicale, on perçoit l'occiput et la petite fontanelle
    - **Variété de position** : difficile pendant la grossesse, il devient facile au cours du travail lorsque la dilatation est suffisante et les membranes rompues, à moins qu'une bosse séro-sanguine ne se soit développée effaçant sutures et fontanelles. Ainsi, par la direction de la suture sagittale on sait quel diamètre, gauche ou droit, la tête a emprunté, et par la situation de la fontanelle postérieure, en avant ou en arrière :
      - ✓ A gauche et en avant : OIGA
      - ✓ A droite et en arrière : OI DP
      - ✓ A gauche et en arrière : OIGP
      - ✓ A droite et en avant : OIDA
    - **Degré de flexion** :
      - ✓ Plus la fontanelle postérieure est proche du centre du bassin, meilleure est la flexion, meilleur est le pronostic. C'est le cas habituel dans les variétés antérieures
      - ✓ Plus la fontanelle postérieure est reportée excentriquement vers le rebord pelvien alors que la grande fontanelle se rapproche du centre du bassin, moins bonne est la flexion. C'est le cas habituel dans les variétés postérieures



## Etude paraclinique

- **Radiographie du contenu utérin** : longtemps, seule technique affirmant le diagnostic de la présentation, elle expose le fœtus et les gonades maternelles à l'irradiation
- **Echographie** : elle permet de vérifier la nature de la présentation, de mesurer le diamètre bipariétal (BIP), d'estimer le poids fœtal et de préciser le siège de l'insertion placentaire. L'appréciation de la variété de position et du degré de flexion est beaucoup plus aléatoire

## Mécanismes de l'accouchement en présentation du sommet

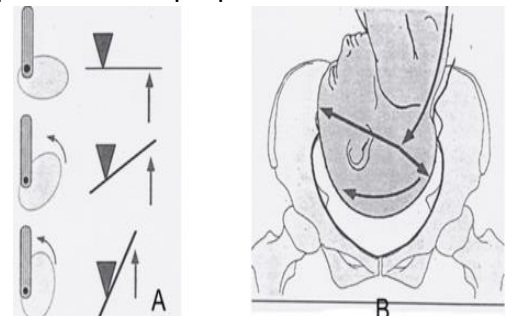
- La traversée du bassin maternel comporte trois étapes qui s'enchaînent et se chevauchent et qui se répètent pour chaque segment du corps fœtal (tête, épaule, siège) :
  - Engagement ou franchissement du détroit supérieur
  - Descente et rotation dans l'excavation pelvienne
  - Dégagement ou franchissement du détroit inférieur et du diaphragme périnéal
- Le mécanisme diffère sensiblement suivant que l'occiput se trouve en avant (variété antérieure) ou en arrière (variétés postérieures)
- **Accouchement dans les variétés antérieures** (type de description : accouchement dans l'OIGA, variété la plus fréquente et la plus eutocique)

➤ **Accouchement de la tête** : l'accouchement céphalique est le temps le plus important :

- **Engagement de la tête** : c'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Il peut s'accomplir au début du travail ou avant celui-ci surtout chez la primipare. Il est précédé par 2 phénomènes préparatoires :

✓ **Orientation** : du grand axe de la présentation céphalique selon le diamètre oblique gauche du bassin

✓ **Amoindrissement** : il est nécessaire car même orienté selon le diamètre oblique de 12 cm sur le squelette, il est sensiblement réduit *in vivo* par les parties molles. L'amoindrissement est assuré par le complément de flexion de la tête fœtale. Au diamètre occipito-frontal de 11.5 cm se substitue le diamètre sous-occipito-bregmatique de 9.5 cm

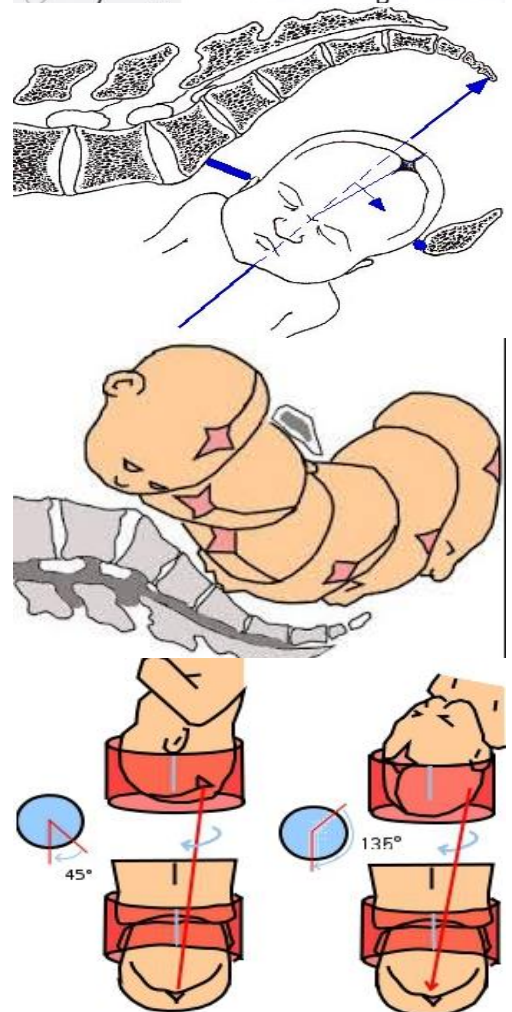


- **Descente et rotation** : une fois le détroit supérieur franchi, la tête fœtale descend au niveau de l'excavation pelvienne, en direction du diaphragme périnéal, et subit une rotation la faisant passer d'un axe oblique à un axe médian antéropostérieur. Descente et rotation peuvent être successives ou se faire simultanément :

✓ **Descente** : la tête descend suivant l'axe ombilico-coccygien. La hauteur de l'excavation est franchie lorsque la grande circonférence céphalique arrive au plan sous-symphysaire. La poussée utérine maintenant l'occiput contre la symphyse pubienne. La descente se fait sur une hauteur de 5 cm

✓ **Rotation** : il s'agit d'une rotation de 45° en avant, en sens inverse des aiguilles d'une montre, soit à la partie haute de l'excavation, soit à la partie basse, soit plus souvent par un mouvement spiral

✓ Au terme de la descente, la présentation céphalique fléchie se trouve donc au-dessous du plan sous-symphysaire, son grand diamètre orienté selon l'axe antéro-postérieur, occiput en avant, en occipito-pubien



- **Dégagement** : arrivé au détroit inférieur, l'occiput se trouve donc en regard du pubis maternel. Le dégagement se fait en occipito-pubien. Il comporte 3 phénomènes simultanés :

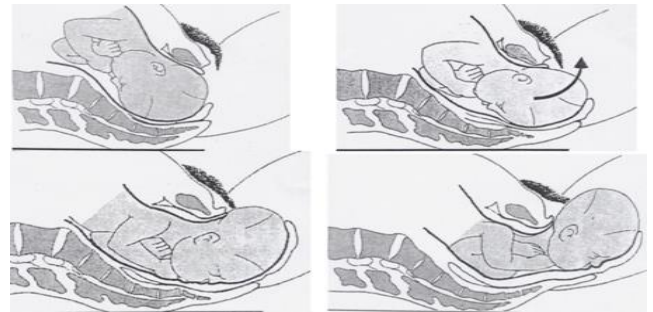
- ✓ **Changement de direction de la progression de la tête** : l'axe de progression, dirigé vers le bas et arrière pendant la descente, se redresse au moment du passage du détroit inférieur. Sur la femme en position couchée, il devient horizontal puis oblique en avant lors du passage de l'anneau vulvaire

- ✓ **Changement de l'attitude de la tête** : il se fait en 2 étapes :

- ❖ **Complément de flexion** : le front venant buter contre la face antérieure du sacrum, la flexion s'accroît ; cet amoindrissement permet à la tête hyper-fléchie de continuer quelque peu sa progression jusqu'à ce que le sous-occiput se fixe au bord inférieur de la symphyse pubienne

- ❖ **Déflexion** : le sous-occiput se fixe sous la symphyse pubienne puis marque un léger temps d'arrêt, la tête se défléchit ensuite progressivement, la nuque prenant point d'appui sous la symphyse pubienne

- ✓ **Ampliation du périnée** : cette ampliation, indispensable à la déflexion et au dégagement de la tête, peut se décomposer en 3 temps :



- ❖ **Distension du périnée postérieur** : région ano-coccygienne, coccyx rétro pulsé + orifice anale béant et étalé encore plus à chaque contraction utérine, la tête commence à apparaître à la vulve mais disparaît dans l'intervalle

- ❖ **Distension du périnée antérieur** : progression horizontale de la tête se poursuivant, elle distend à son tour le périnée antérieur qui se moule sur la présentation, tandis que l'orifice vulvaire s'horizontalise puis regarde en haut

- ❖ **Distension de l'orifice vulvaire** : sous la pression devenue ascendante de la tête, libérant successivement le front, nez, la bouche et le menton

- **Accouchement des épaules** : l'accouchement des épaules se déroule sans problème, du moins si le fœtus est de dimensions normales

- **Engagement** : le diamètre bis-acromial s'amoindrit par tassement, et s'oriente dans le diamètre oblique opposé à celui emprunté par la tête soit l'oblique droit dans le cas de l'OIGA et s'engage en même temps que la tête se dégage

- **Descente et rotation** : amènent l'épaule droite dans la symphyse

- **Dégagement** : s'effectue par un mouvement de l'épaule antérieure, achève son dégagement par glissement

- **Accouchement du siège** : encore plus facile, le diamètre bi-trochantérien suit le même mécanisme que le bis-acromial

- **Accouchement dans les variétés postérieures** : plus rares que les variétés antérieures, l'accouchement des variétés postérieures a des particularités et des difficultés assez propres pour que son mécanisme mérite d'être distingué de celui des accouchements de variétés antérieures, l'accouchement en variété postérieure la plus fréquente est OIDP

## Conclusion

La présentation du sommet est la plus favorable des présentations, l'accouchement spontané en est la terminaison habituelle. L'eutocie est à son max dans les variétés antérieures alors que les variétés postérieures restent eutocique avec quelques restrictions