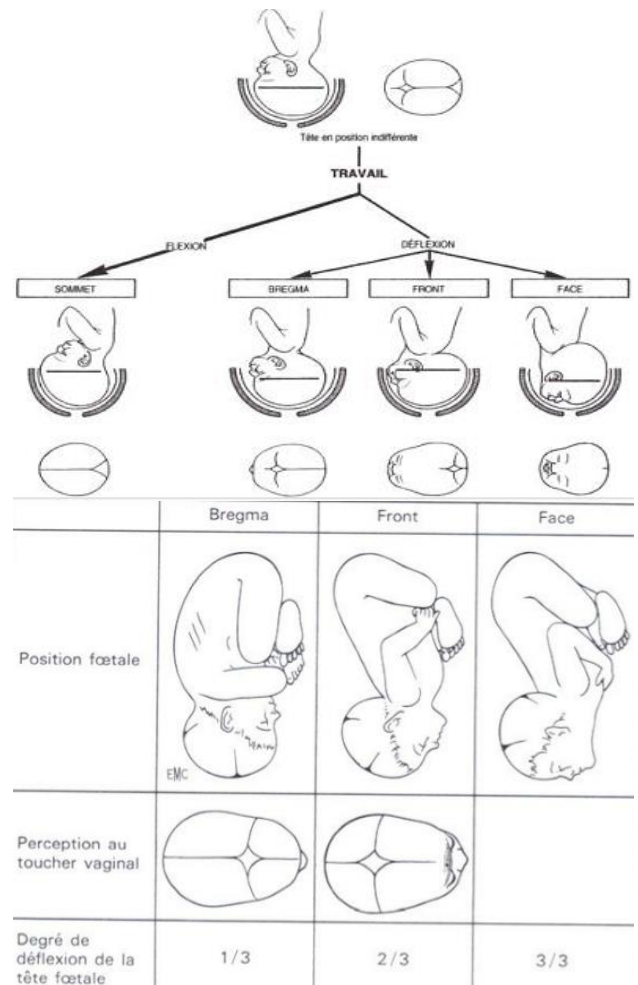


## Présentations défléchies

### Introduction

- A l'inverse des présentations du sommet dans lesquelles la tête est bien fléchie, les présentations de la face, du front et du bregma sont des présentations céphaliques avec tête défléchie
- **Classification de Burger :**
  - Déflexion 3/3 → déflexion totale → présentation de face
  - Déflexion 2/3 → présentation du front
  - Déflexion 1/3 → présentation du bregma
- **Problèmes :**
  - Comment et quand faire le diagnostic ?
  - Quel est le risque des présentations défléchies ?
  - Quelle est la voie d'accouchement ?



### Etiologies

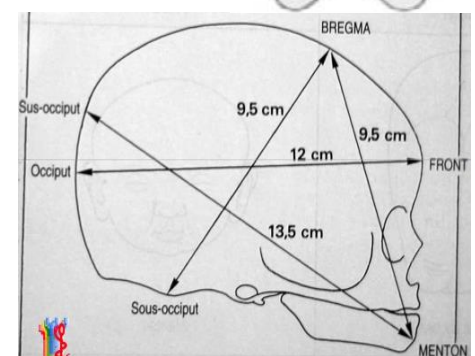
Elles sont la conséquence d'une mauvaise accommodation fœto-pelvienne

- **Causes maternelles :** bassin anormal (aplatis ou rétréci), utérus atone (grande multipare)
- **Causes fœtales :** macrosomie, anencéphalie, malformations de la région cervicale (kyste branchial, tératome, goitre...), dolichocéphalie
- **Causes ovulaires :** hydramnios, circulaire du cordon, placenta ou obstacle prævia

### Présentation de face

#### Définition

- Il s'agit de la présentation céphalique en déflexion maximale amenant l'occiput contre le plan du dos, de telle sorte que la tête et le tronc forment un bloc solidaire
- Le pronostic est moins favorable que celui du sommet toutefois l'accouchement reste eutocique sous surveillance
- Il peut s'agir, exceptionnellement, d'une présentation primitive, mais, le plus souvent, elle est secondaire pendant le travail
- Certes, le diamètre sous mentono-bregmatique n'est que 9,5 cm donc eutocique, mais l'appui du sous-occiput sur la colonne vertébrale solidarise rigidement la tête et le thorax et fait apparaître un diamètre présterno-sincipitale de 13,5-14 cm → absolument dystocique



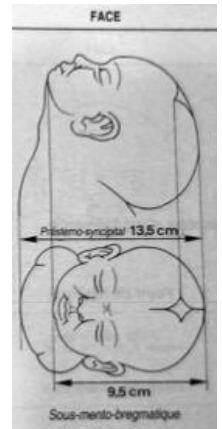
## Clinique

- Présentation verticale, déflexion de la tête
- **TV** : membranes rompues : orbites, nez, bouche, menton
- **Repère** : menton (Mento-Iliaque Gauche Antérieure, Mento-Iliaque Droite Postérieure...)
- Surveiller la rotation vers l'avant

## Diagnostic différentiel

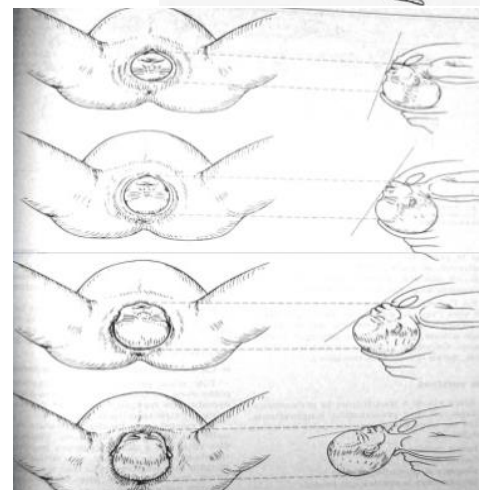
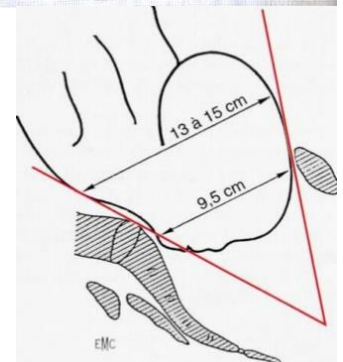
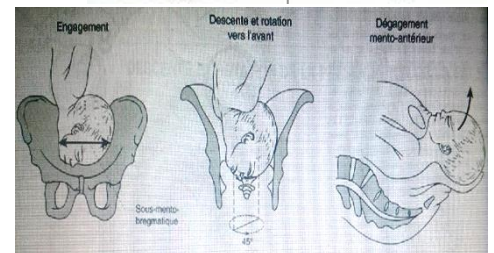
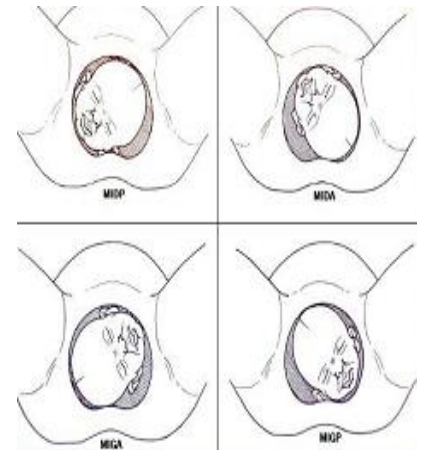
Peut être confondue avec un siège et présentation de front

- **Siège** : la bosse séro-sanguine peut simuler un siège décomplété : la bouche est confondue avec l'anus et le nez avec la pyramide sacrée
- **Front** (diagnostic essentiel) : on perçoit le bregma dans le front et le menton dans la face (qui n'est jamais atteint dans le front)



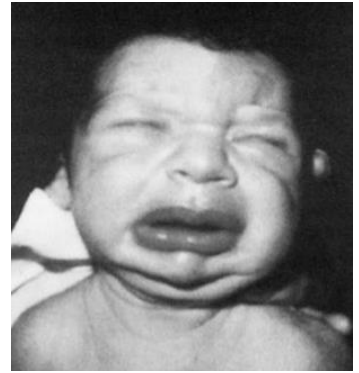
## Mécanisme obstétrical

- La présentation de face est exceptionnellement primitive
- Le plus souvent secondaire à une présentation haute et mobile
- **Engagement** :
  - La tête s'oriente dans le diamètre oblique gauche
  - Le menton en arrière (Mento-Iliaque Droite Postérieure) rarement en avant (Mento-Iliaque Gauche Antérieure)
  - Toujours synclite
  - L'amointrissement des diamètres céphaliques est obtenu par déflexion extrême
  - Le sous-mento-bregmatique franchit aisément le détroit supérieur
  - La suite de l'accouchement doit se faire par désolidarisation du bloc céphalo-thoracique
- **Descente et rotation** : le diamètre présterno-syncipital est irréductible, la progression dépend totalement du sens de rotation de la tête
  - **En avant (+++)** : en pubo-mentonnier
    - Avec une rotation de 45° (variétés antérieures) et 135° (variétés postérieures)
    - La rotation de nécessité précoce amène le menton sous la symphyse pubienne et qui précède obligatoirement la descente
    - Ce glissement permet l'effacement du diamètre présterno-syncipital
  - **Vers l'arrière** : en sacro-mentonnier
    - Le menton ne peut se dégager en arrière, butant contre le sacrum, la descente est ainsi rendue impossible
    - Si tel n'est pas le cas, la solidarisation syncipito-thoracique bloque la situation, c'est l'enclavement
- **Dégagement** : le sous-menton se fixe sous la symphyse pubienne, l'occiput va balayer la concavité sacrée d'où désolidarisation de la tête et du thorax. La tête va se fléchir, puis dégagement de la bouche, le nez, le front et la voûte crânienne



## Phénomènes plastiques

- **Bourse Séro-Sanguine** : lèvres, paupières, joues
- **Excoriations et phlyctènes**
- **Déformations céphaliques** : aspect en gargouille de la tête
- **Lordose vertébrale** : persistera longtemps
- **Troubles de la déglutition** : extension du cou



## Conduite A Tenir

- Il faut éviter toute manœuvre destinée à fléchir cette présentation
- Il faut savoir attendre assez longtemps pour que le mécanisme spontané conduise à l'accouchement
- Les variétés antérieures sont seules compatibles avec la voie basse
- La rotation en mento-sacré doit conduire à la césarienne
- Le dégagement doit être bien surveillé (indication d'une large épisiotomie)
- L'extraction instrumentale peut être nécessaire

## Complications

- **Dystocies spécifiques** : la présentation de face peut changer en front dans le détroit supérieur, l'enclavement dans l'excavation
- **Pronostic fœtal** : procidence du cordon, compression du cordon entre l'occiput et le dos

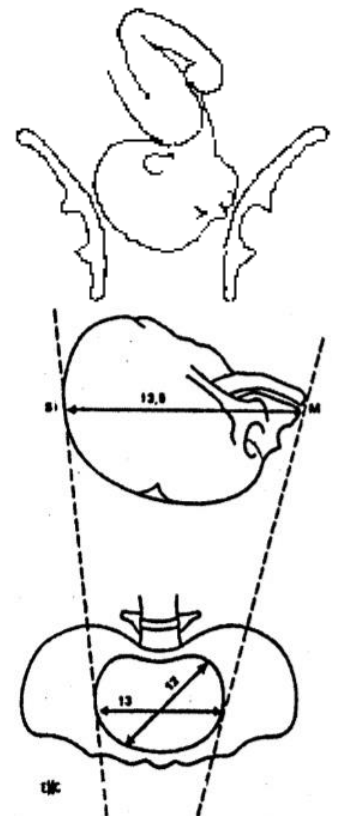
## Conclusion

- L'attitude en déflexion extrême caractérise cette présentation rare
- Le pronostic materno-fœtal est bon à condition d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge adaptée et d'une césarienne si non progression ou orientation en mento-postérieur

## Présentation du front

### Définition

- C'est la présentation où la déflexion partielle du pôle céphalique fixe de façon définitive et fait pénétrer dans le détroit supérieur une partie plus ou moins voisine du front
- Hautement dystocique
- 0.26% des cas
- C'est une présentation du travail (secondaire), il n'y a pas de front mobile
- **Diamètre d'engagement** : syncipito-mentonnier (13,5 cm)
- **Accouchement** : impossible



## Phénomènes plastiques

- **Bourse Séro-Sanguine** : apparaît sur bregma, front et arcades sourcilières

## Clinique

C'est le toucher vaginal qui permet le diagnostic :

- Tête fixée, Poche Des Eaux rompue
- Présentation irrégulière, les bosses frontales au centre
- Perçoit le nez (repère de la présentation), les arcades sourcilières et les globes oculaires, parfois la bouche

## Complications

- **Enclavement au niveau du détroit supérieur** : qui va entraîner une hypercinésie et une hypertonie d'où la rupture utérine et la mort fœtale
- Lésions cervicales
- L'enclavement cause une ischémie des parties molles → fistule urinaire

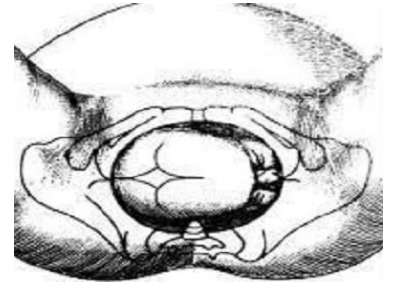
## Conduite A Tenir

- Le diagnostic doit être précoce, permettant de poser l'indication de la césarienne
- Tout retard diagnostique ou de l'intervention → enclavement ou front négligé → désenclavement = césarienne en urgence !!!

## Présentation du bregma

### Définition

- **Repère** : grande fontanelle
- Quand on palpe, lors du toucher vaginal, on doit uniquement sentir le bregma, si, en suivant la suture sagittale, on arrive à sentir aussi la petite fontanelle → présentation du sommet mal fléchi. De l'autre côté, on peut aller jusqu'aux arcades sourcilières, voire l'encoche du nez (mais jamais palper le nez)
- Dans cette présentation, le bébé se présente en position indifférente, sa tête n'est ni fléchie, ni défléchie, elle est toute droite. Il présente un diamètre occipito-frontal à l'engagement qui fait 12 cm

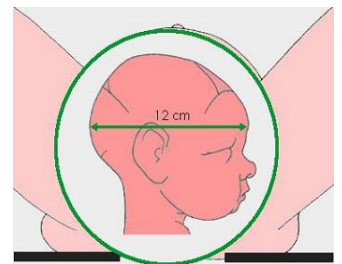


### Clinique

- **Toucher Vaginal** : grande fontanelle (signe de la croix), 80 % sont des variétés antérieures (Fronto-Iliaque Gauche Antérieure, Fronto-Iliaque Droite Antérieure)

### Mécanisme obstétrical

- L'engagement se fait en oblique (comme pour les autres présentations) mais le bébé va devoir, bien souvent, s'accommoder d'avantage que les autres, en déformant son crâne (déformation plastique ou chevauchement des os) ou en utilisant l'asynclitisme (engage une bosse pariétale avant l'autre pour réduire ses diamètres)
- En général, l'engagement, la descente et la rotation sont plus longs et difficiles



### Phénomènes plastiques

- **Déformation en tour du crâne**
- **Bourse Séro-Sanguine** : en pleine région bregmatique

### Conduite A Tenir

- Eliminer une disproportion foeto-pelvienne
- Epreuve du travail
- Le travail et l'expulsion sont plus longs
- Femme mise en position demi-assise pour faciliter l'engagement
- Si défaut d'engagement → césarienne

### Conclusion

Si l'augmentation du diamètre résultant de la déflexion peut rendre la situation dystocique, celle-ci peut beaucoup différencier car le front est toujours dystocique, le bregma l'est parfois, la face est la plupart du temps eutocique