

Université de Constantine  
Faculté de médecine de Constantine  
Service de gynécologie et d'obstétrique  
De sidi mabrouk

Cours destiné aux étudiants de 5<sup>ème</sup> année de médecine  
Module de gynécologie

# La présentation transversale

Fait par Dr CHERGUI T  
Maitre assistant

Année universitaire 2012-2013

Docteur CHERGUI Toufik  
Maître Assistant  
Gynécologie- Obstétrique  
N° Ordre 25/4358

## La présentation transversale ou oblique

Dr CHERGUI

**I-Définition :** c'est une présentation anormale du fœtus dont le grand axe ne coïncide pas avec les axes de la filière génitale de la mère.

Lorsque au début du travail l'aire du détroit supérieur (DS) n'est occupé ni par la tête, ni par le siège, le fœtus étant selon un axe perpendiculaire à celui du bassin.

C'est une présentation constamment dystocique nécessite une césarienne.

-le fœtus se présente au DS autrement que par son pôle céphalique ou podalique ; c'est l'épaule ; le dos ou le ventre du fœtus qui viennent au contact du DS.

Sa fréquence est faible 0.27%, c'est une urgence obstétricale.

**II- Etiologies :** elle résulte de l'inadaptation de fœtus à l'utérus.

**1-présentation transversale constantes : ou primitives :** sont les causes anatomiques :

1 -utérine : malformative :(utérus à éperon ou cordiforme)

Pathologique : fibrome

2 -osseuses : bassin rétréci, saillie du promontoire.

3 -pelviennes : tumeur prævia.

**2-présentation transversale accidentelles : secondaire :** elle résulte d'un défaut d'accommodation du fœtus par inadaptation du contenu au contenant.

-multiparité : relâchement de la paroi utérine devenue vaste et hyperlaxe. Incapable de maintenir l'enfant en position longitudinale.

-hydramnios.

-fœtus de petite taille : prématuré ou grossesse multiple (deuxième jumeau après accouchement de j1).

**III- Classification :** le repère de la présentation est l'épaule (acromion) :

-dos en avant : les présentations dorso-antérieures sont les plus fréquentes.

Le fœtus naturellement fléchi s'adapte sur la saillie du rachis maternel.

♣ acromio iliaque GA et acromio iliaque DA.

-dos en postérieur : en arrière :

♣ acromio iliaque gauche postérieur et acromio-iliaque DP

**IV- Diagnostic :**

**1-clinique :**

-l'inspection : utérus est allongé transversalement ou oblique.

-**la palpation** : pôles fœtaux sont perçus latéralement, pas du pôle au dessus de DS.

-**auscultation** : BCF région ombilicale ou sous ombilicale du même coté que la tête.

-**touché vaginal** : excavation pelvienne vide si le travail avance on peut reconnaître le moignon de l'épaule et sa pyramide osseuses, acromion ; le creux axillaire ; dos ; omoplate.

-diagnostic de la variété de position :

♠ repère de la tête, du siège, et du dos.

♠ si épaule négligée avec bras proclive en dehors du vagin : (signe de pouce) ; si la paume de la main regarde en haut, le pouce regarde vers la cuisse de sa mère de même cote que l'épaule qui se présente.

-examens paracliniques : l'échographie et la radiographie du contenu utérin.

## **V- Evolution :**

**1-Epaule négligée** : se voit chez la femme qui arrive tard à la maternité.

- C'est une gestante en travail depuis plusieurs heures.

-Agitée ; avec poche des eaux rompue.

-utérus est rétracté ; début des saignements.

-utérus de Bandel (en sablier) avec hypertonie utérine.

Les contractions utérines agissent sur une présentation irrégulière ; le fœtus tente a s'engagé ; la tête s'enclave au DS le bras descend dans l'excavation ; les mains arrivent a la vulve. Le fœtus est mort.

**2-Accouchement en conduplicato corpore** : exceptionnelle (mort né macéré prématuré ou hypotrophe).

**3-procidence du cordon** : plus fréquente que les autres présentations.

**4-rupture utérine** : disparition soudaine des contractions ; choc ; hémorragies extériorisées ; fœtus palpable sous la peau ; disparition des BCF.

**5-Mort fœtale** : la rétraction utérine entraine une hypo perfusion fœtale, une acidose ; puis la mort.

**VI- le pronostic** : le pronostic global est bon si le diagnostic est précoce.

## **VII conduit à tenir :**

a) **Pendant la grossesse** :

-multipare : le diagnostic de la présentation transverse impose une tentative de version par manœuvre externe (VME) devenue très rare, l'échec impose la césarienne.

-primipare : césarienne prophylactique.

**b) pendant le travail :** la présentation transversale est une urgence obstétricale ; la césarienne est une solution de sagesse.

**c) cas de deuxième jumeau :** après l'accouchement de J1, le deuxième jumeau peut se présenter en transverse ; on doit agir en urgence par une version par manœuvre interne (VMI) plus la grande extraction de siège.

Conditions :

- 1-femme déjà accouchée.
  - 2-bassin normal.
  - 3 -utérus non rétracté.
  - 4 -dilatation complète. *du col*
  - 5-membranes intactes.
  - 6 -Foetus eutrophe.
  - 7-la version doit se faire avec énergie et détermination.
- complications : rupture utérine ; déchirures cervicales.

### VIII- Conclusion :

- présentation dystocique par excellence.
- fréquence peut diminuer par la surveillance des grossesses.
- césarienne prophylactique pour diminuer les complications maternelles et fœtales.