

Dr M. Messaoudi

Maitre assistante en gynécologie obstétrique

EHS Sidi Mabrouk

Chez Yacine
INSSMC
 Bibliothèque Chalet
 Copy Service

La présentation du sommet

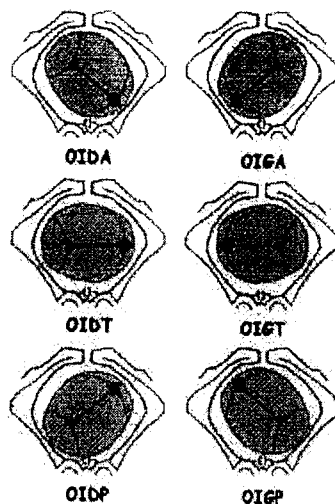
I. Introduction :

La présentation est la partie fœtale qui se met la première au contact du détroit supérieur, qui s'y engage et qui évolue selon un mécanisme qui lui est propre.

La présentation du sommet, c'est une présentation céphalique longitudinale de la tête bien fléchie (flexion complète)

II. Caractéristique :

- La plus fréquente, et la plus favorable pour un accouchement eutocique
- Repère de la présentation : occiput, repérable par la fontanelle postérieure = Lambda
- Les variétés de présentations :
 - Antérieure : OIGA++, OIDA
 - Postérieure : OIDP++, OIGP
 - Transverse : OIDT, OIGT (dans le bassin plat)
 - Si bassin ovale : occiputo pubien et sacré
- OIGA et OIDA sont les plus fréquents car le diamètre le plus utilisé est l'oblique gauche



III. Diagnostic de la prestation du sommet :

A. Clinique :

- C'est au cours du travail que le diagnostic peut être posé : la présentation et la variété.
- 1. Inspection : utérus a grand axe longitudinal, forme ovoïde à grosse extrémité supérieure.
- 2. Palpation : se fait en dehors des contractions utérines, selon la manœuvre de Léopold.
 - La palpation sus pubienne :
 - Permet de préciser le type de présentation, palpation d'une masse arrondie, dure, peu volumineuse et a contours réguliers = tête fœtale.
 - Les doigts perçoivent d'un côté une saillie anguleuse le front, et d'un autre côté, un contour plus arrondi, occipital, quand il plus bas situé que le front = tête fléchie.
 - La palpation permet de préciser la situation de la tête par rapport au D.S.
 - À l'inspection, la tête au contact du détroit supérieur est

Tête fixée : tête immobile, occiput bien perçu, le front reste à distance du bord supérieur de la symphyse pubienne

Tête engagée : occiput non perçu, front très proche de la symphyse pubienne.

- Palpation du fond utérin : les doigts des 2 mains posés à plat sur le fond et le déprimant à travers la paroi= siège mou, mal défini et plus gros.
- Palpation des faces latérales de l'utérus : manœuvre de Budin
- La main gauche placée sur le fond utérin appuie sur le siège pour accentuer la flexion générale, le dos devient saillant.
- La main droite appuie alternativement du côté droit ou gauche, le dos est situé au niveau du plan résistant qui se continue régulièrement en haut par le siège.
- Ce plan est séparé en bas de la tête par une dépression= le sillon du cou, surmonté de la saillie acromiale, la distance de celle-ci du bord supérieur de la symphyse est utilisée comme un élément du diagnostic d'engagement, elle est de moins de 4 traverses de doigts, lorsque la tête est engagée.

3. L'auscultation :

- Le foyer des BCF est du côté du plan du dos au-dessous de l'ombilic assez proche de la ligne médiane dans les variétés, et un peu plus en dehors dans les variétés postérieures.

4. Toucher vaginal : pendant le travail

- Il permet de confirmer le diagnostic de la présentation, tête arrondie et régulière, on perçoit les sutures et les fontanelles.
- Permet de préciser la variété par le positionnement de la fontanelle postérieure par rapport au détroit supérieur
- Permet d'apprécier le degré de flexion de la tête= plus la fontanelle est proche du centre du bassin plus la présentation est fléchie.
- Apprécier la hauteur de la présentation : mobile, fixée et engagée.
- Etat du col et poche des eaux.
- Examen du bassin.

B. Paraclinique :

Echographie : si difficulté diagnostic, obésité.

	Variété antérieure	Variété postérieure
tête	En bas	En bas
occiput	Vers l'avant	Vers l'arrière
front	Vers l'arrière	Vers l'avant
Plan du dos	Bien perçu	Mal perçu
Sillon du cou	Bien perçu	Mal perçu
BCF	Proche de la ligne médiane sous ombilical	En externe sous ombilical
TV	OIGA ou OIDA	OIDP ou OIGP

IV. mécanisme de l'accouchement : type descriptif : accouchement en occipito-iliaque gauche antérieur.

Ce fait en trois temps : engagement, descente rotation et le dégagement.

A. Accouchement de la tête :

1. **Engagement** : franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation, précédé par 2 phénomènes :

a. Orientation :

- Le plus grand diamètre occipito-frontal (13.5cm) s'oriente suivant le plus grand diamètre du détroit supérieur (diamètre oblique gauche=12.5cm)

- Ce mouvement oriente l'occiput en avant en regard de l'entrée des ilia-pectiné, et le front...

b. Amoindrissement :

- se fait essentiellement par la flexion de la tête sur le tronc réduisant ainsi le plus grand diamètre qui est occipito-frontal en sous occipito-bregmatique = 9 cm (sommet bien fléchi)
- Cette réduction résulte de la butte du front contre le pourtour osseux postérieur du bassin.

c. Engagement :

- Le diamètre sous occipito-bregmatique se superpose sur l'un des diamètres obliques du bassin, le diamètre bipariétal s'oriente dans l'autre diamètre.
- La tête s'engage d'une manière synclite : pénétration synchrone des 2 bosses en même temps dans le DS
- la tête s'engage d'une manière asynclite : pénétration asynchrone des 2 bosses par un mouvement de bascule, bosse par bosse.

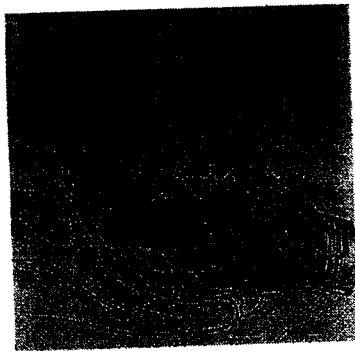
d. Diagnostic de l'engagement :

• Avant l'engagement :

- Palpation abdominale : occiput bien perçu, front à distance du bord supérieur de la symphyse pubienne, tête mobile, saillie acromiale est située à 4 traverses de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.
- Au TV : excavation vide, tête haute mobile ou fixée, les doigts dirigés vers la 2^{ème} pièce sacrée la touche = Farabeuf négatif

• En cas d'engagement :

- Palpation abdominale : occiput non perçu, le moignon de l'épaule est à moins de 3 traverses de doigts de la SP
- Au TV : les doigts dirigés vers S2 buttent contre la présentation = Farabeuf +
Le point le plus bas de la tête est au niveau zéro (plan des épines sciatiques)



Farabeuf négatif



Farabeuf positif

2. Descente et rotation :

- La descente est la progression de la tête fœtale dans l'excavation, elle se termine lorsque l'occiput arrive au contact du diaphragme périnéal
- La rotation se fait selon l'axe ombilico-coccygien du DS, la tête fait une rotation de 45° en avant à ce que l'occiput arrive sous la symphyse pubienne parfois la rotation se fait en arrière, l'occiput en face du sacrum.

3. Dégagement :

- La présentation bien fléchie est orientée selon l'axe antero-postérieur (pubo-coccygien) du détroit inférieur.
- Sous l'effet des contractions utérines et les efforts expulsifs, le front butte contre la concavité sacrée permettant à l'occiput de dégager du bord inférieur de la symphyse pubienne.
- Le sous occiput se fixe sous la symphyse pubienne que la tête utilise comme pivot pour se dégager par un mouvement de déflexion.
- Si la rotation se fait en arrière, le dégagement en OS (occiputo-sacré), et c'est la commissure postérieure du périnée qui sert de pivot, donc expose au risque important de déchirure périnéale.

B. Accouchement des épaules :

1. Engagement :

- B₁-acromial = 13cm, s'oriente selon le diamètre oblique opposé à celui empreinté par la tête
- l'amoindrissement se fait par tassement des épaules = 9 cm
- l'amoindrissement se fait en même temps que le dégagement de la tête.

2. Descente et rotation :

- Les épaules subissent une rotation de 45° en arrière puis une restitution de 90° en avant les amenant en position antero-postérieure.

3. Dégagement :

- Les épaules se dégagent de telle sorte que le bi-acromiale se superpose au diamètre pubo-coccygien, l'épaule antérieure achève son dégagement par glissement puis l'épaule postérieure.
- c. Accouchement du siège : le bi-trochantérien suit le même mécanisme empreinté par le bi-acromial.

V. Phonèmes plastiques et physiologiques :

1. physiques : présentation eutociques, CU régulières.

2. plastiques : bosse sero-sanguine peu fréquente.

VI. mécanisme de l'accouchement des variétés postérieures :

- Flexion est moindre : c'est l'occiput qui prend contact avec la margelle postérieure et le front rencontre la SP.
- Au lieu du diamètre sous occipito-bregmatique, c'est le diamètre sous occipito-frontal=10.5 qui est confronté au DS.
- Asynclitisme est très fréquent.
- Ce sont les présentations du sommet ou l'occiput s'engage à l'extrémité postérieure de l'un des 2 diamètres obliques en regard du sinus sacro-iliaque.
- Pour que le dégagement se fasse en OP, il faut une rotation en avant de 135°
- Si la tête tourne en arrière 45° , le dégagement se fait en OS qui est la plus fréquent.
- Fréquences des anomalies des CU, et de l'ampliation du segment inférieur.
- Fréquence de bosses séro-sanguines plus volumineuses.
- Risque fréquent de déchirures périnéales.