

Maitre assistante en gynécologie-obstétrique

EHS Sidi mabrouk

LES PRESENTATIONS DEFLECHIES

Chaz Yacine
INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

I. INTRODUCTION :

A l'inverse des présentations du sommet ou l'accouchement eutocique exige une tête fœtale bien fléchie sur le tronc, dans moins de 1% des cas, ce mécanisme ne se réalise pas.

Au contraire, une déflexion peut avoir lieu, soit totale dans la présentation de la face soit partielle dans la présentation du front et du bregma

Selon la classification de Burger:

- La face correspond à une déflexion totale 3/3
- Le front est à 2/3 de déflexion
- Le bregma où la déflexion est le plus faible a 1/3.

_ Ces variétés céphaliques défléchies ont des facteurs étiologiques communs; mais de pronostics différents.

Le diagnostic est posé au cours du travail; a dilatation complète, lorsque la présentation est fixée.

II. Objectifs :

Savoir faire le diagnostic de ces présentations

Connaitre la CAT devant les présentations défléchies

III. Présentation de face

A. Introduction :

La présentation de la face est une présentation céphalique avec déflexion totale de la tête fœtale.

Elle représente 0,7 à 2 pour 1000 naissances dont 80% de variétés antérieures.

Quand la déflexion est totale, l'occiput est au contact du dos fœtal solidarissant la tête et le tronc.

La déflexion est définitive lorsque la tête est fixée et/ou descendue dans l'excavation quand les membranes sont rompues.

B. Les variétés de positions :

- Le repère de la présentation est le menton
- Les variétés antérieures: mento-pubien

- les plus fréquentes: 65%

- mento-iliaque gauche et droite antérieure

- les variétés postérieures: mento-sacrées

- moins fréquentes: 26%

- mento-iliaque droites et gauches postérieures

- Les variétés transverses: sont des variétés postérieures en train de se transformer en antérieures

- 7% des cas

Les variétés transverses sont les plus rares

Le grand axe de la tête occipite dans 2/3 des cas l'oblique gauche c'est pourquoi on retrouve plus de gauche dans les variétés antérieures et plus de droite dans les variétés postérieures

C. Les étiologies :

Facteurs favorisant maternelles:

- La multiparité par hypotonie de la fibre myométriale
- Bassins rétrécis
- Déformation du contenu utérin par un fibrome ou une tumeur pelvienne

Facteurs fœtaux:

- Macrosomie
- Dolichocephalie (tête allongée)
- Certaines tumeurs cervicales (goitre, tumeur thymique)
- Malformation fœtale (spinabifida)

Facteurs ovulaires:

- L'hydramnios gênant l'accommodation
 - Placenta praevia

Les anomalies du cordon: procidence, cordon court, circulaire du cordon

D. Le diagnostic :

1. L'examen clinique:

A/ Pendant la grossesse:

A l'inspection: l'utérus est développé longitudinalement.

A la palpation:

*La palpation sus pubienne: présentation céphalique, la tête est perçue au-delà de l'air du détroit supérieur formant une saillie correspondant à l'occiput.

*La palpation du fond: le fond est occupé par le siège (masse molle, arrondie, irrégulière)

* La palpation latérale:

Le plan du dos est du même côté que la proéminence céphalique ce qui l'oppose aux présentations du sommet où la proéminence est du côté opposé du dos.

Défléchie, la tête fœtale se trouve entre les deux omoplates constituant avec le plan du dos une dépression profonde correspondant à la nuque (coup de hache externe)

L'auscultation: le foyer est para-ombilical, entendu du côté opposé du plan du dos

Le toucher vaginal: segment inférieur épais, diagnostic difficile

B/ pendant le travail:

A travers les membranes: qui doivent être respectés jusqu'à la fin du travail, met en évidence d'un côté:

Le front, les arcades orbitaires puis la proéminence du nez au centre de la présentation,

De l'autre côté: la dépression de la bouche, la mâchoire inférieure et surtout le menton dont la position par rapport au détroit supérieur permet de distinguer les variétés de position, fondamentale pour la conduite thérapeutique

Le toucher devient délicat quand la poche des eaux est rompue; la face est le siège d'un œdème



2. Examen para-clinique :

Echographie: elle permet d'apprécier : la position de présentation, la biométrie, la vitalité, le morphogramme, la quantité du liquide amniotique, insertion placentaire

La radiographie du contenu utérin: en profil strict: la déflexion est complète si la ligne horizontale passant par le menton est plus basse que celle passant par le bregma

E. Mécanisme de l'accouchement :

1. Phénomène mécanique :

a. Engagement:

* L'orientation amène le grand diamètre de la face, le syncipito-mentonnier dans un diamètre oblique, dans les 2/3 des cas dans le diamètre oblique gauche.

* L'amoindrissement se fait par hyper déflexion de la tête favorisée par la butée de l'occiput contre la margelle du bassin.

* Le diamètre ainsi présenté est le sous-mento-bregmatique (9,5 cm), puis le diamètre présternosyncical (13,5 cm à 15 cm) empêche la progression de la tête.

* Le diamètre sous-mento-bregmatique est à priori très favorable mais rapidement se présente le diamètre suivant le présterno-syncical (aussi appelé diamètre de "solidarisation"), qui lui est incompatible avec les dimensions du bassin.

b. Rotation pelvienne et descente

Pour que l'accouchement soit possible, il va falloir une désolidarisation de la tête et du tronc .

Le menton doit **obligatoirement tourner en avant de 45°** pour les variétés antérieures et de **135° pour les variétés postérieures**, pour une terminaison de l'accouchement par voie basse. Le menton est alors sous la symphyse pubienne

c. Le dégagement

Le **dégagement** de la tête fœtale se fait par flexion autour de la symphyse pubienne, le sous-menton se fixant au sous-pubis laissant apparaître à la vulve successivement, la bouche, le nez, le front et l'occiput.

Quand le sous-occiput arrive à la commissure postérieure de la vulve, la tête effectue une déflexion et se dégage totalement.

Pendant le dégagement, le "balayage" du périnée est très important, le périnée est très sollicité

2. Phénomènes physiologiques:

- La tête reste longtemps élevée
- La dilatation du col et l'ampliation du segment inférieur
- Une rupture précoce des membranes est fréquente.

3. Phénomènes plastiques:

Face tuméfiée

Le nouveau-né est en attitude diopisthotonique

- lordose vertébrale

- **Rareté du cri (ou rauque).**
- **Polychocéphalie**

F. 1. diagnostic différentiel .

- **Présentation de siège décomplété (mode des fesses):** la bouche est confondue avec l'anus, le nez avec la saillie du sacrum, les joues avec les fesses.
- **Présentation du front:** la grande fontanelle perceptible de l'autre côté, le menton inaccessible.
- **Anencéphalie:** pas de voûte crânienne

G. Les complications :

Enclavement = césarienne

Dystocie dynamique: dilatation trainante du col pendant plus de 2 heures

Stagnation de la présentation

Défaut d'engagement

Rupture précoce de la membrane

Procidence du cordon

H. Conduite à tenir :

Au début du travail: l'expectative est de règle

Au cours du travail: l'expectative doit être suffisamment prolongée, mais elle prend fin lorsque le menton tourne vers l'arrière

Si évolution favorable: éviter la rupture précoce de la poche des eaux

Avec épisiotomie au moindre risque de rupture périnéale

Si évolution défavorable: tête non engagée ou envalée= césarienne

I. Le pronostic :

Le pronostic est beaucoup plus amélioré et ceci est lié à :

- * Amélioration des moyens de surveillance
- * Une meilleure compréhension des mécanismes physiologiques
- * Indication obstétricales mieux adaptées

IV. La présentation du bregma

A Introduction

La présentation du bregma représente 0,1% des naissances dont 80% de variétés antérieures.

La déflexion de la tête est partielle 1/3 ou indifférente.

La grande fontanelle constitue le point de déclive dans l'axe de la filière génitale.

Le repère de la présentation est le front.

B. Étiologies

Les étiologies sont rarement retrouvées. Elles sont les mêmes que pour la présentation de la face.

C. Diagnostic

Le diagnostic est réalisé pendant le travail.

Au toucher vaginal : la grande fontanelle ou bregma se situe au centre du détroit supérieur. Elle est palpée dans sa totalité avec ses 4 angles.

La petite fontanelle n'est jamais palpée. Parfois, à dilatation complète, il est possible de sentir l'encoche nasale et les arcades sourcilières mais sans jamais palper le nez.

D. Diagnostic différentiel

la variété de position Occipito-Sacrée (OS) et le front.

E. Mécanique obstétricale et conduite à tenir

Le diamètre antéro-postérieur se présentant au détroit supérieur est l'occipito-frontal (11,5 à 12 cm).

La présentation s'oriente dans un des diamètres obliques ou dans le diamètre transverse du détroit supérieur.

L'amointrissement se fait par tassement de tous les diamètres de la tête qui se déforme en prenant l'aspect d'un cylindre, l'engagement et la descente se faisant alors sans difficulté.

Après l'engagement, l'occiput descend et effectue une rotation amenant la racine du nez sous la symphyse pubienne qui sera le point de pivot.

Le dégagement s'effectue au départ par une flexion de la tête autour de l'axe formé par la racine du nez et la symphyse pubienne permettant de dégager le front, le bregma et l'occiput puis il y a déflexion avec le sous occiput prenant appui sur la fourchette vulvaire permettant le dégagement du nez, de la bouche et du menton.

Cette succession de flexion puis déflexion permet de protéger un peu le périnée particulièrement exposé dans cette présentation.

IV. Présentation du front :

A. Introduction :

La déflexion de la tête fœtale est partielle au 2/3. C'est une présentation dystocique nécessitant une césarienne systématique.

On ne parle de présentation du front que durant le travail avec une présentation fixée au détroit supérieur et une poche des eaux rompue.

Le repère de la présentation est le nez.

Sa fréquence se situe entre 1,3 et 2,6 pour 1000 naissances

B. Le diagnostic :

Au toucher vaginal : On perçoit la grande fontanelle excentrée, le front déformé (il tend à vouloir descendre dans l'excavation), la racine du nez, les narines sont parfois palpées.

On ne perçoit jamais la bouche ni la petite fontanelle

C. Le mécanisme de l'accouchement

Le diamètre antéro-postérieur de la tête fœtale est le syncipito-mentonnier (13 cm) ou le syncipito-facial si la bouche est ouverte (13,5 cm).

Ce diamètre est supérieur aux diamètres d'engagement d'un bassin normal. Les présentations naso-transverses sont les plus fréquentes.

Les variétés naso-postérieures sont exceptionnelles et les variétés naso-antérieures rares.

Tant que la présentation est mobile, elle peut se fléchir ou se défléchir, la présentation se constituant qu'après sa fixation.

Le diagnostic de la présentation du front doit être précoce afin de réaliser une césarienne avant l'enclavement de la présentation améliorant ainsi le pronostic fœtal

Conclusion à tenir :

Dès que le diagnostic est posé, la **cesarienne** doit être faite sans tarder afin d'éviter les complications redoutables :

- Complications fœtales la Souffrance fœtale avec risque d' :
 - Embarrure frontale
 - Hématome extra dural
 - Mort fœtale
- Complications maternelles: Rupture utérine, Mort maternelle

V. les présentations transverses

A. introduction :

On parle de présentation transversale ou oblique quand l'axe du fœtus et du bassin sont perpendiculaires. Selon la position du fœtus on distingue :

→ Les présentations transverses :

Le fœtus est en position perpendiculaire à l'axe du bassin

→ Les présentations obliques :

Le siège du fœtus siège dans l'une des deux fosses iliaques

Le flanc du fœtus est en regard du DS

→ Les présentations de l'épaule :

Il s'agit d'une présentation oblique

La tête du fœtus siège dans l'une des deux fosses iliaques

Le moignon de l'épaule est en regard du détroit supérieur (DS)

Les repères de ces présentations sont l'épaule (ou acromion) et le dos.

- Epaule droite (dorso- antérieure)
- Epaule gauche dorso-antérieure
- Epaule droite dorso-postérieure
- Epaule gauche dorso-postérieure

B. diagnostic :

1. Examen abdominal :

- L'utérus présente un grand axe transversal.
- La hauteur utérine est inférieure à la normale pour le terme.
- La palpation des pôles supérieur et inférieur de l'utérus ne retrouve ni la tête ni le siège
- La tête est retrouvée dans un des flancs maternels, le siège dans l'autre flanc

2. Auscultation

Les bruits du cœur sont retrouvés dans la région sous-ombilicale

*→ Cause principale
provoque multi-faute par relâchement
des fibres utérines et de la paroi
abdominale*

3. Le toucher vaginal :

Pendant la grossesse : l'excavation est vide.

Pendant le travail avec membranes intactes :

- Poche des eaux volumineuse saillante,
- La recherche des repères fœtaux manque de précision.

Pendant le travail avec membranes rompues :

- Perception du moignon de l'épaule et sa pyramide osseuse : l'acromion Perception du creux axillaire dont le fond est dans la direction de la tête fœtale
- Dans certains cas le membre supérieur pend dans l'excavation et peut apparaître à la vulve

C. la conduite à tenir :

La version spontanée d'une position transversale est exceptionnelle, elle peut s'observer dans les positions obliques.

L'accouchement du fœtus "conduplicatocorpore" c'est à « dire plié en deux », se rencontre quelque fois si le fœtus est de petite taille et mort-macéré

1. Pendant la grossesse :

Surveillance de la présentation le dernier mois de grossesse

Éliminer une anomalie fœtale en cas de présentation oblique ou transversale ou un obstacle prævia

Version par manœuvre externe (VME) en l'absence de contre-indication vers 38 semaines d'aménorrhée (SA) suivie d'un déclenchement du travail si la version est réussie ou par une césarienne si elle échoue

Césarienne d'emblée s'il existe un obstacle prævia ou une disproportion foeto-pelvienne

2. Pendant le travail :

Césarienne si singleton (*unique*)

Version par manœuvre interne (VMI) si fœtus non viable (pour certaines équipes).

En cas de présentation transverse sur 2ème jumeau : il existe trois possibilités :

- Version par manœuvre interne avant la rupture de la 2ème poche des eaux en cas de grossesse bi amniotique
- Version suivie d'une grande extraction après rupture des membranes
- Césarienne sur le deuxième jumeau

3. Épaule négligée :

Ne se voit que chez les femmes amenées en urgence dans cette situation. Il s'agit plutôt d'épaule méconnue.

En effet pour que l'épaule soit négligée, il faut 3 conditions formelles :

- la femme doit être en travail,
- l'œuf[?] doit être ouvert,
- l'utérus doit être plus ou moins rétracté

	Sommeil	Face	Front	Bregma
Présentation	Céphalique	Céphalique	Céphalique	Céphalique
Flexion	Flexion totale : le menton est au contact du tronc	Déflexion totale : l'occiput est au contact du dos dorsal solidarisant la tête et le tronc	Déflexion de 2/3	Déflexion de 1/3
Le repère de la présentation	Occiput la petite fontanelle Lambda	Le menton	Le nez, La bouche et la petite fontanelle jamais perçue	Le font La petite fontanelle n'est jamais perçue
Les variétés de positions	OIGA++ OIDP++	Mic A+++	Naso-transverse	
Clinique				
Inspection	Utérus développé longitudinalement	Utérus développé longitudinalement	Utérus développé longitudinalement	Utérus développé longitudinalement
Palpation sus pubienne	La tête La proéminence céphalique	La tête La proéminence céphalique		
Palpation du fond	front Siège	occiput Siège		
Palpation latérale	La proéminence est du côté opposé du dos	Le plan du dos est du même côté que la proéminence céphalique		
Auscultation	* Le foyer BCL est du même côté du plan du dos	Le foyer est du côté opposé du plan du dos		
Le toucher vaginal	Occiput	Front, arcades orbitaires, le nez La bouche	La grande fontanelle, la racine du nez et parfois les narines	La grande fontanelle ou Bregma se situe au centre du détroit supérieur. La petite fontanelle et le nez ne sont jamais palpés. Occipito-frontal
Le diamètre d'engagement	Sous occipito-bregmatique	Sous occipito-bregmatique	Sous occipito-bregmatique	

Amoindrissement	Par flexion de la tête, par la butée du front contre la margelle postérieure du bassin	Par hyper flexion de la tête, par la butée de l'occiput contre le bassin	Tassement de tous les diamètres
Rotation	<u>Variété antérieure</u> : Rotation en avant de 45° - Op Rotation en arrière de 135° - O. <u>Variété postérieure</u> : Rotation de 135° en avant pour un accourcissement en Op	La face doit tourner en avant sinon enclavement ++ Le menton sous la symphyse pubienne	
Déplacement	déflexion	Flexion puis déflexion	Flexion puis déflexion