

LA PRESENTATION DE LA FACE

Cours destiné aux élèves sages femmes

module d'obstétrique physiologique

A. DEFINITION :

C'est la présentation de la tête défléchie, de sorte que la partie de la tête qui descend la première est la face toute entière, menton compris, et c'est lui qui sert de repère pour désigner la variété de position.

B. FREQUENCE :

La présentation de la face constitue 0,15% des accouchements.

C. ETIOLOGIES :

De multiples causes ont été invoquées pour expliquer la présentation de la face :

- Maternels : les rétrécissements du bassin.
- Foetaux : -l'excès de volume du fœtus
 - la dolichocéphalie
 - les malformations fœtales : vertébrales, tumeurs du cou, anencéphalie.
- Ovulaires : - hydramnios
 - placenta praevia
 - anomalies funiculaires.

D. VARIETES DE POSITION :

- Mento-iliaque droite postérieure (MIDP)
- Mento-iliaque gauche antérieure (MIGA)
- Mento-iliaque droite antérieure (MIDA)
- Mento-iliaque gauche postérieure (MIGP)
- Mento-iliaque droite transverse (MIDT)
- Mento-iliaque gauche transverse (MIGT)

D. ETUDE CLINIQUE :

1. PENDANT LA GROSSESSE :

- INSPECTION : l'utérus est développé longitudinalement
- PALPATION : la tête est perçue au-dessus de l'aire du détroit supérieur, le fond de l'utérus est occupé par le siège, latéralement, d'un côté on perçoit le dos et plus bas la saillie occipitale formant une sorte de « coup de hache ».
- AUSCULTATION : le foyer des BCF est para-ombilical entendu du côté opposé au plan du dos.
- TOUCHER VAGINAL : la présentation est haute, le segment inférieur est épais.

2. PENDANT LE TRAVAIL :

Le diagnostic devient possible et facile lorsque le col est dilaté.

Au toucher vaginal la présentation est haute : on distingue le front avec sa suture métopique, de chaque côté les arcades orbitaires, les globes oculaires ; le nez, qui est une saillie pyramidale terminée par les narines dont on note la direction ; le maxillaire supérieur ; la bouche et la saillie du menton.

Le diagnostic de variété de position repose sur la position du menton à l'une des extrémités d'un diamètre oblique ou du diamètre transverse du bassin.

E. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

-la présentation du siège décomplété ou modes des fesses : les fesses peuvent être confondues avec les joues ; l'anus avec la bouche ; la pyramide sacrée avec le nez ; il faut donc chercher les narines et la saillie carrée du menton.

-la présentation du front où la fontanelle antérieure est perceptible mais on ne peut atteindre le menton.

F. MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT :

1. PHENOMENES MECANIQUES :

a. ENGAGEMENT :

- Phénomènes préparatoires :- l'orientation amène le grand diamètre de la face : le syncipito-mentonnier soit dans l'un des deux diamètres obliques du bassin, le gauche presque toujours , soit dans le diamètre transverse.
-l'amointrissement se fait par déflexion : l'occiput bute contre le bassin entraine la déflexion de la tete, le diamètre syncipito- mentonnier est substitué par le diamètre sous-mento-bregmatique de 9,5 cm.
- L'engagement proprement dit : la grande circonférence de la tete franchit le plan du détroit supérieur mais l'engagement est vite limitée : l'occiput s'incruste dans la partie supérieure du dos du foetus, après une courte progression, la solidarisation de la tete et du dos amène au détroit supérieur le diamètre présterno-syncipital de 13,5 cm.

b. DESCENTE ET ROTATION :

Le début de la descente en exagérant à l'extrême la déflexion, amène le menton à hauteur du plan passant par le bord inférieur de la symphyse.c'est à ce moment que le diamètre présterno-syncipital arrive au détroit supérieur.

La descente ne se poursuit que si le menton ait échappé sous la symphyse pubienne permettant la désolidarisation de la tete et du dos, ce mouvement est impossible si le menton est en arrière en regard du sacrum ni latéralement en regard des surfaces quadrilatères : la rotation vers l'avant est une obligation sinon la tete irait vers l'enclavement.

c. DEGAGEMENT :

- Le menton se fixe sous la symphyse
- Le bord inférieur de la symphyse sert de charnière, la tete se fléchit progressivement et se dégage«face en dessus», la bouche, le nez, le front, la voûte crânienne apparaissant successivement à la vulve.

2. PHENOMENES PHYSIOLOGIQUES :

La face reste longtemps haute, la dilatation du col et l'ampliation du segment inférieur sont souvent troublés, la rupture précoce de la poche des eaux est fréquente.

3. PHENOMENES PLASTIQUES :

- La bosse séro-sanguine : siège souvent sur les lèvres, les joues, les paupières.
- Les déformations intinsèques : la tete s'allonge d'avant en arrière (dolichocéphalie passagère) ; la lordose vertébrale ;raucité du cri.

G. PRONOSTIC :

Le pronostic materno-foetal est généralement bon cependant quelques difficultés peuvent s'observer : lenteur du travail, défaut d'engagement, arrêt de progression, absence de rotation, risque de procidence du cordon, compression du cordon.

H. CONDUITE A TENIR :

- L'expectative doit être suffisamment prolongée et prend fin si la rotation du menton ne se fait pas vers l'avant ou si une complication s'est produite.
- Traitement quand l'accouchement ne se termine pas spontanément :
 - a) La face est au dessus du détroit supérieur. Le forceps est contre-indiqué. la césarienne est indiquée.
 - b) La face est engagée :
 - la tête est dans la partie haute de l'excavation : la césarienne est indiquée
 - la tête est enclavée : la césarienne est pratiquée si l'enfant est vivant sinon c'est la cranioclasie.

c) dégagement : une fois le menton sous la symphyse pubienne, il ne faut pas attendre trop longtemps (l'extension des vaisseaux du cou risque de menacer la vie de l'enfant), un forceps de dégagement est donc indiqué par flexion progressive après épisiotomie .