

LES PRÉSENTATIONS DÉFLÉCHIES

I. Introduction :

Selon la classification de Berger:

- La face correspond à une déflexion totale 3/3 : souvent eutocique
- le front: déflexion partielle à 2/3, toujours dystocique
- le bregma: déflexion partielle à 1/3. partiellement dystocique

II. ETIOLOGIES

les causes maternelles :

1- la parité :

- la multiparité ; ceci s'explique par l'atonie utérine

2- les malformations osseuses :

- Bassin généralement rétréci,
- Bassin aplati,

3-les causes utérines :

- obliquité utérine,
- La déformation de la cavité utérine par : un fibrome, une tumeur prœvia, une malformation

les causes fœtales :

- la dolichocéphalie
- les malformations fœtales : vertébrales, tumeurs du cou, anencéphalie.
- Macrosomie fœtale
- Hypertonie congénitale des muscles cervicaux du fœtus

les causes annexielles

- Hydramnios
- Placenta prœvia
- Anomalie du cordon

Souvent aucune étiologie n'est retrouvée ; on parle alors de présentation défléchie idiopathique.

LA PRÉSENTATION DE LA FACE

I. Définition :

- c'est une présentation céphalique en déflexion maximale ; amenant l'occiput contre le plan du dos.
- le menton est le repère pour la variété de position.
- le pronostic de cette présentation est moins favorable que celui du sommet.

II. Diagnostic :

Examen clinique :

- Inspection : utérus est développé longitudinalement.
- Palpation : la tête fœtale se trouve entre les deux omoplates constituant avec le plan du dos une dépression profonde correspond à la nuque. Le classique « coup de hache »

Le toucher vaginal : présentation élevée

- à travers les membranes qui doivent être respectées jusqu'à la fin du travail
- met en évidence d'un côté :
 - le front reconnaissable à la suture métopique
 - puis les saillies des arcades orbitaires
 - puis la proéminence du nez au centre de la présentation
 - suivie de dépression de la bouche
- et surtout du côté opposée la saillie du menton : (repère de la présentation).

Examens paracliniques :

- Échographie :
 - aspect générale du fœtus avec parfois des malformations.
 - Apprécier la biométrie, quantité de liquide, insertion placentaire, vitalité.
- Radiopelvimétrie : si suspicion d'anomalie osseuse surtout chez la primipare.
- Radiologie du contenu utérin :
 - Fœtus en profil strict, la déflexion est complète si la ligne horizontale passant par le menton est plus basse que celle passant par le Bregma.

III. Mécanisme de l'accouchement :

Phénomènes mécaniques

Engagement :

- Orientation
- Amoindrissement
- Engagement proprement dit
- La suite de l'accouchement doit se faire par désolidarisation du bloc céphalo-thoracique

Descente et rotation :

- La rotation de nécessité précoce et qui précède obligatoirement la descente
 - En avant (+++) : en pubo-mentonnier pour permettre la désolidarisation du bloc céphalo-thoracique
 - Vers l'arrière : en sacro-mentonnier : Le menton ne peut se dégager en arrière, butant contre le sacrum, la descente est ainsi rendue impossible, c'est l'enclavement

Dégagement :

- la tête se fléchit et se dégage face en dessus la bouche, le nez, le front et la voûte apparaissent successivement à la vulve.

IV. Pronostic

- Pronostic maternel :
 - La mortalité maternelle est exceptionnelle (possible au cours de l'enclavement de la tête induisant à une rupture utérine)
 - La morbidité maternelle est par contre, élevée en rapport avec les lésions périnéales au cours du dégagement
- Pronostic Fœtal : mortalité dans 33% si défaut de rotation de la tête en antérieure « c'est l'enclavement » entraînant un arrêt de progression donc la voie haute.

La face tourne en avant ou meurt.

LA PRÉSENTATION DU FRONT

I. Définition

- déflexion partielle à (2/3) du pôle céphalique
- Hautement dystocique
- Accouchement : impossible
- Le repère de la présentation est le nez.

II. Diagnostic

Examen clinique :

- l'inspection : présentation verticale
- palpation : haute peu mobile, saillie arrondie de l'occiput séparée du plan du dos par un sillon (coup de hache)
- Au toucher vaginal
- Les doigts tombent directement sur le front
- Au pourtour du front, on perçoit :
 - ▣ D'un côté la suture sagittale menant à une dépression losangique (le bregma)
 - ▣ A l'opposé on reconnaît la saillie mousse et convexe des arcades sourcilières et les globes oculaires
- Perpendiculairement branchée sur le rebord orbitaire, la racine du nez de forme
- Comme signes négatifs importants, on ne perçoit jamais la bouche ni la petite fontanelle

III. Etude de l'accouchement

L'accouchement par voie basse est impossible pour un fœtus normalement constitué

Par conséquent, La césarienne doit être faite sans tarder afin d'éviter les complications redoutables

Un accouchement par voie basse est possible si le poids fœtal est estimé à < 2000gr

IV. complications redoutables :

1. *Complications fœtales*

- Souffrance fœtale avec risque d'Embarrure frontale, Hématome extra dural

- Mort fœtale

Complications maternelles

- Rupture utérine
- Délabrements périnéaux
- Fistules urinaires, secondaires à la chute d'escarre, générées par l'ischémie des parties molles maternelles
- Mort maternelle

LA PRÉSENTATION DU BREGMA

I. Définition

- la déflexion de la tête fœtale est partielle au 1/3
- intermédiaire entre la présentation du sommet et celle du front
- Le repère est le front

II. Le diagnostic

- Le diagnostic est réalisé pendant le travail
- Au toucher vaginal : le bregma se situe au centre du DS
- Elle est palpée dans sa totalité avec ses 4 angles
- La petite fontanelle n'est jamais palpée

III. Etude de l'accouchement

Phénomènes mécaniques:

L'engagement

- L'Orientation
- L'Amoindrissement

Descente et rotation

Le dégagement s'effectue au départ par une flexion de la tête, Puis une déflexion