

La présentation transversale

PLAN :

- I. Introduction
- II. Etiologies
- III. Etude clinique
- IV. Marche de l'accouchement
- V. Pronostic
- VI. Conduite à tenir

I-Introduction :

A. DEFINITION :

On parle de présentation de l'épaule lorsque l'aire du détroit supérieure n'est occupée ni par la tête ni par le siège foetal.

Ces positions transversales ou obliques sont toujours dystociques, l'accouchement spontané est impossible.

B- VARIETES DE POSITION :

Le dos du foetus est en avant ou en arrière, les variétés dorso- antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes.

Le repère de la présentation étant l'acromion d'où quatre variétés :

- Acromio-iliaque droite antérieur ;
- Acromio-iliaque gauche antérieur ;
- Acromio-iliaque droite postérieur ;
- Acromio-iliaque gauche postérieur.

II- ETIOLOGIE :

- ✓ Multiparité
- ✓ Grossesse gemellaire
- ✓ Hydramnios
- ✓ Cordon court
- ✓ Tumeur ou placenta praevia
- ✓ Malformation utérine

III-Etude clinique

1-INSPECTION : l'utérus est développé dans le sens transversal ou oblique

2. PALPATION :

Les poles foetaux sont perçus ,d'un côté la tête dans la fosse iliaque ou le flanc, de l'autre côté, le siège dans l'hypochondre ou le flanc.

Entre les deux poles, on perçoit un plan résistant du dos plus marqué dans les variétés antérieures.

3. AUSCULTATION :

Le foyer des bruits cardiaques foetaux est perçu au- dessous de l'ombilic du côté du pole céphalique.

4. LE TOUCHER VAGINAL :

- PENDANT LA GROSSESSE : l'excavation est vide
- PENDANT LE TRAVAIL :

-si les membranes ne sont pas rompues : la poche des eaux est volumineuses, saillante, la recherche des repères foetaux manque de précision.

-après rupture des membranes, on perçoit l'acromion (le moignon de l'épaule) ; le creux axillaire, au toucher plus profond : le grill costal, l'omoplate.

-dans certains cas, un membre supérieur du fœtus pend dans l'excavation, la main, le poignet tombent dans le vagin et peuvent apparaître à la vulve, cyanosé, oedématié.

Lorsque la paume regarde en haut, le pouce tourné vers la cuisse de la mère de même nom (droite ou gauche) que l'épaule qui se présente.

-le TV : doit préciser la variété de position en cherchant la position de la tête, du siège et du dos. Lorsque la main est hors de la vulve, le signe du pouce confirme le diagnostic.

- L'échographie ainsi que la radiographie confirme le diagnostic.

IV-MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT :

- L'accouchement du fœtus en conduplicato corpore, c-à-d, plié en deux, se rencontre quelque fois lorsque le fœtus de petite taille est mort et macéré.

a. LES PHENOMENES MECANIQUES :

- l'amointrissement par tassement : la tete s'applique contre le tronc et s'y incruste, l'épaule est ramené ainsi au centre du bassin.

-L'engagement de l'épaule qui se met en rapport avec l'une des extrémités du diamètre transverse et descend le long de la paroi latérale du bassin attirant le tronc, mais le cou descend en meme temps, attirant la tete vers le détroit supérieur ; l'engagement simultané de la tete et du tronc étant impossible , la progression s'arrête alors : l'enclavement est réalisé.

b. LES PHENOMENES PLASTIQUES : la bosse séro-sanguine siège sur l'épaule, parfois sur le cou et le dos. Lorsque le bras pend dans le vagin (épaule négligée), il devient énorme, violacé, la peau desquame .

c. LES PHENOMENES PHYSIOLOGIQUES :

-la dilatation du col est troublée : le col est oedématié, épais, le segment inférieur mal amplié, épais.

-la contraction utérine qui est parfois normale jusqu'à la rupture de la poche des eaux, à partir de ce moment,on note une irrégularité des contractions utérines, hypertonie et hypercinésie puis la rétraction utérine dont les conséquences sont la mort foetale et la rupture utérine.

V-PRONOSTIC :

Le pronostic est amélioré par le diagnostic des positions transversales ou obliques avant le travail ou à son début avant d'arriver à l'épaule négligée.

L'épaule négligée reste grave, l'enfant meurt, avec mortalité et morbidité maternelle élevée.

VI- CONDUITE A TENIR :

1. Pendant la grossesse :

-la version par manoeuvre externe peut etre tentée chez la multipare afin d'amener la tete ou à défaut le siège foetal au contact du détroit supérieur,

-cette tschnique est impossible en cas d'utérus malformé chez la primigeste ; une cesarienne prophylactique est alors programmée.

-la version par manoeuvre externe est actuellement rejeté vu le taux d'echec élevé.

2. PENDANT LE TRAVAIL :

-la version par manoeuvres internes peut etre envisagée chez la multipare à dilatation complète avec membranes non rompues .cette manoeuvre dangereuse n'est plus pratiquée vu le risque de rupture utérine, une cesarienne est donc indiquée dés la confirmation de la présetation.