

LES PRESENTATION DYSTOCIQUES (FACE, FRONT, BREGMA, EPAULE)

Dr Saidi Sief

I. introduction :

les présentations dystociques sont au nombre de 4 :

- o déflexion partielle de 1/3 : bregma
- o déflexion partielle de 2/3 : front
- o déflexion totale de 3/3 : Face
- o présentation de l'épaule

sont la conséquence d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne :

- bassin anormal : aplatie
- utérus atone : hydramnios, grande multiparité
- obstacle praevia : PP, fibrome
- malformation foetale ...

Importance du Dc précoce :

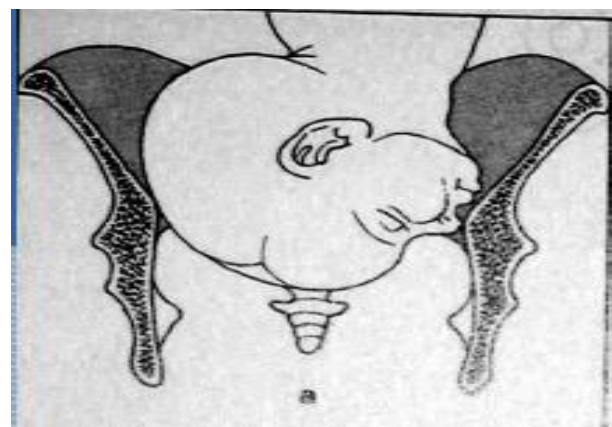
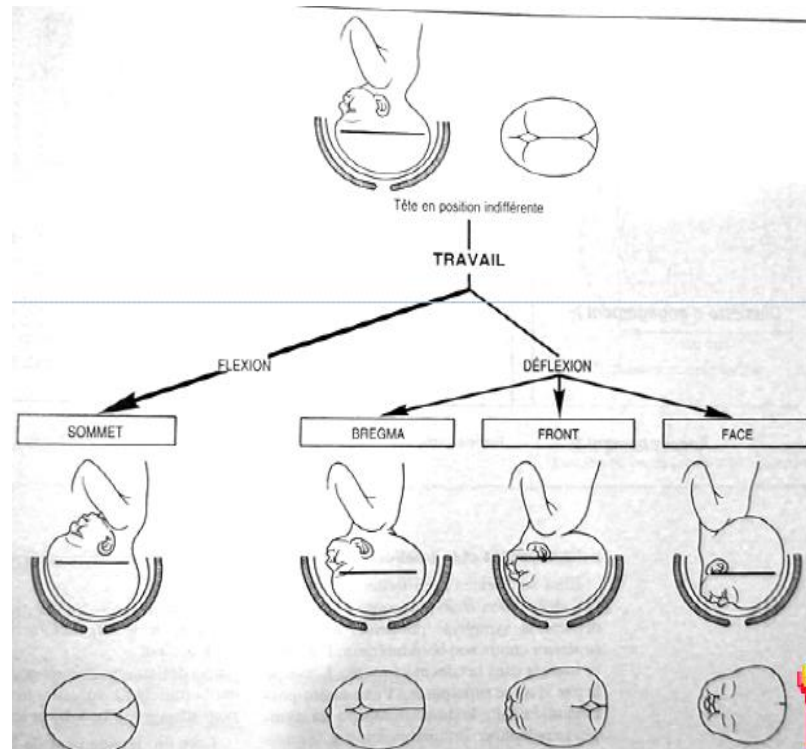
- face et bregma ☑ Accouchement par voie basse possible
- front et épaule ☑ toujours césarienne
-

II. présentation de front :

1. Introduction

La deflexion de la tete foetale est partielle au 2/3.

C'est une presentation dystocique necessitant une cesarienne systematique.



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

2. Étiologies

Les étiologies sont rarement retrouvées.

grande multiparité,

utérus malformé,

anomalies du bassin

3. Diagnostic

Au toucher vaginal : **membranes rompues**

- 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.

Présentation verticale

Présentation haute fixée

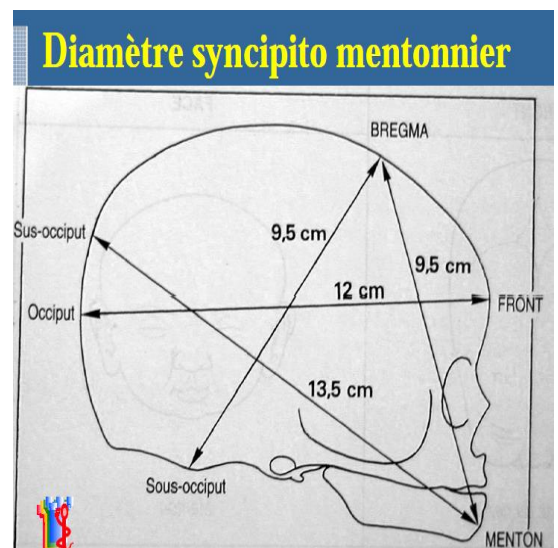
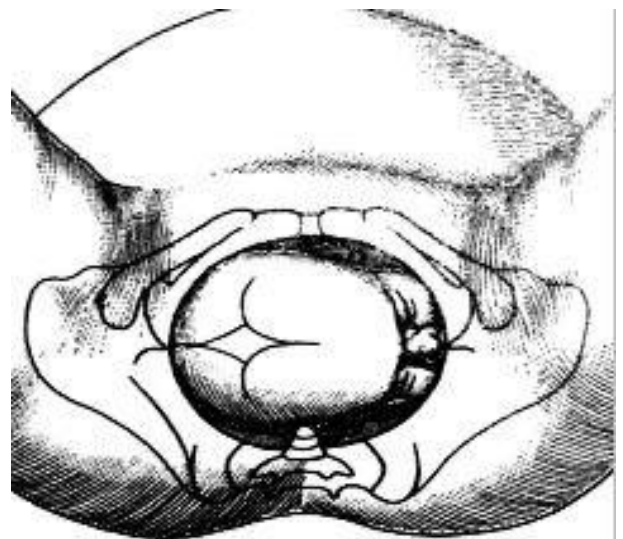
Occiput séparé du dos par un sillon

Saillie du menton

Racine du nez = Repère

4. La mécanique obstétricale

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.

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.

5. Conduite à tenir

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

6. Complications

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

III. présentation de bregma

1. Introduction

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

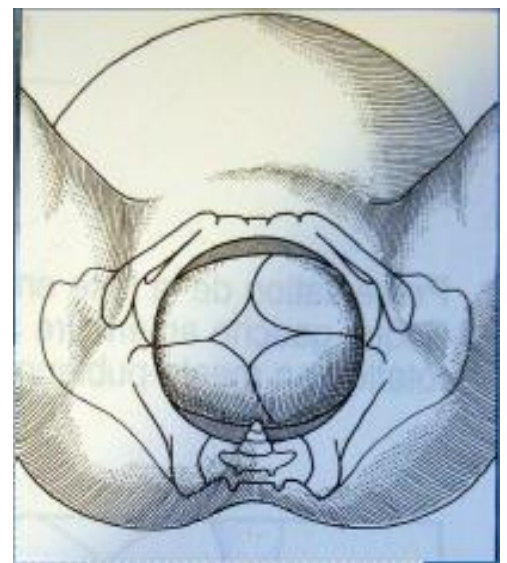
La déflexion de la tête est partielle 1/3 ou indifférente. La grande fontanelle constitue le point de déclive dans

l'axe de la filière génitale.

Céphalique défléchie

Intermédiaire entre Sommet et front

Diamètre occipito frontal = 12 cm



Grande fontanelle au centre

Bosse séro sanguine fréquente

Dégagement autour de la racine du Nez

2. Diagnostic

Le diagnostic est réalisé pendant le travail.

Au toucher vaginal : la grande fontanelle ou bregma se situe au centre du détroit supérieur. 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.

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

TV Membranes rompues

Grande fontanelle au centre

Pas de Lambda

Pas de pyramide nasale

Mécanique obstétricale

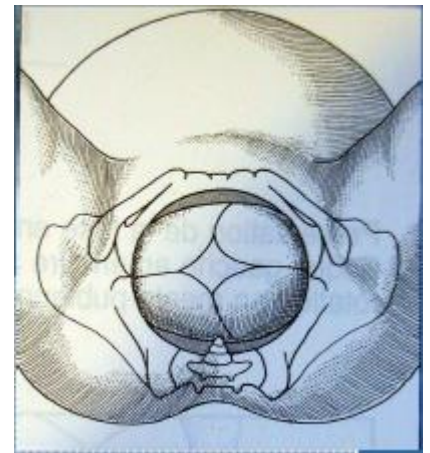
Le diamètre antéro-postérieur se présentant au détroit supérieur est l'occipito-frontal (11,5 à 12 cm).

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

L'amoincissement 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.

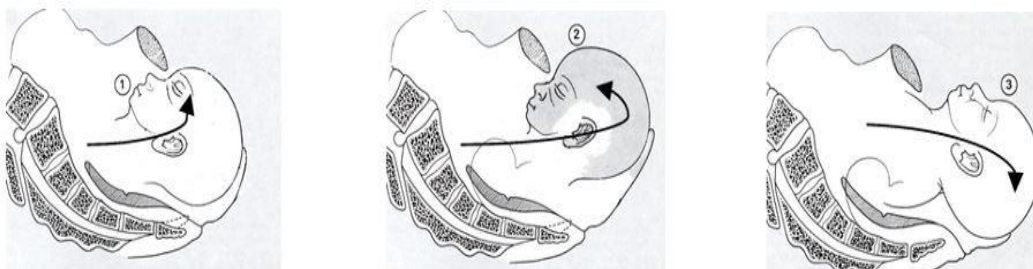
Après l'engagement, l'occiput descend et effectue une rotation amenant la racine du nez sous la symphyse pubienne qui sera le point de pivot.

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 degagement du nez, de la bouche et du menton. Cette succession de flexion puis deflexion permet de proteger un peu le perinee particulierement

expose dans cette presentation.



Accouchement du Bregma

- Travail long
- Engagement si asynclitisme + flexion
- Descente laborieuse ---> forceps
- Bosse sérosanguine
- Risque SFA
- Si pas d'engagement ou SFA= césarienne
- Si flexion ----> sommet mal fléchi
- Accouchement possible
- Extraction instrumentale
- Si deflexion ----> front = césarienne
- -----> face
- accouchement si menton en avant

IV. présentation de face

définition

la présentation céphalique en déflexion maximale (tête complètement défléchi), (l'occiput est fixé contre le plan du dos)

l'accouchement par voie basse est possible

la fréquence : 1 à 3 / 1000 accouchements

Secondaire à une tête haute et mobile

Diamètre sous mentobregmatique = 9,5cm

Rotation vers l'avant obligatoire

Si rotation AR diamètre

présternosyncipital = 13,5 à 14 cm

1 à 3 ‰ .

Le repere de la presentation est le menton.

Il permet de definir les varietes de position suivantes :

MIDA → Mento iliaque droit anterieur

MIGA → Mento iliaque gauche anterieur

MIDP → Mento iliaque droit posterieur

MIGP → Mento iliaque gauche posterieur

MIDT → Mento iliaque droit transverse

MIGT → Mento iliaque gauche transverse

2. Étiologies

- Les principales etiologies evoquees sont :

- la parite et les retrecissements pelviens : discute

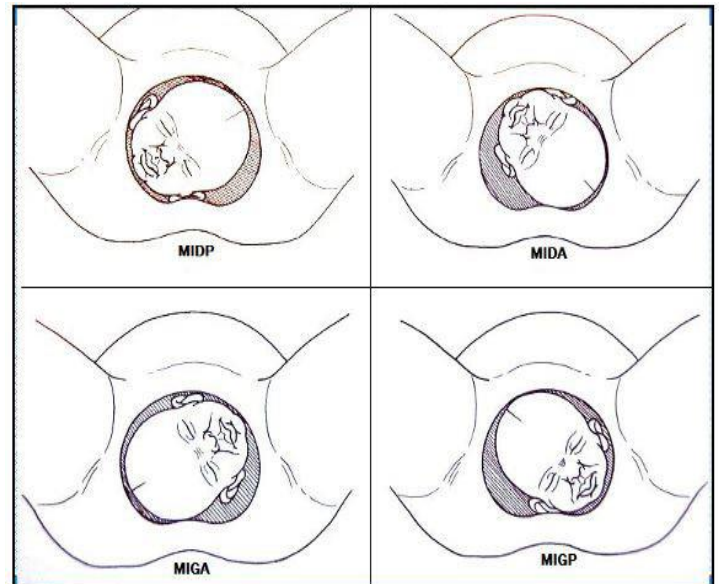
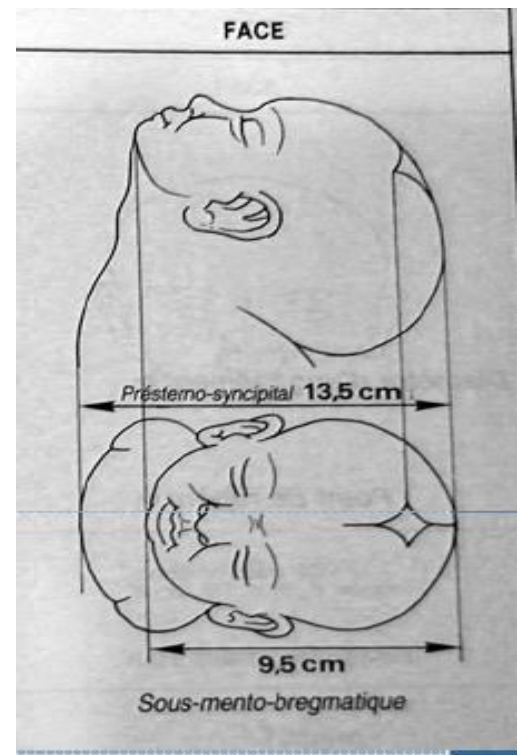
- le poids foetal : macrosomie, hypotrophie, premature

- les malformations foetales

- les facteurs annexiels : hydramnios, placenta pravia et circulaire du cordon

3. Diagnostic

- Présentation verticale
- Déflexion de la tête
- TV membranes rompues :



- Orbites
- Nez ,
- Bouche
- Le menton
- Repère menton : MIGA, MIDP ...
- Surveiller rotation vers l'avant

4. Mécanisme de l'accouchement

4.1. Accommodation

L'orientation de la présentation se fait dans un diamètre oblique, dans les 2/3 des cas dans le diamètre oblique gauche.

L'amointrissement se fait par hyper flexion de la tête

4.2. Rotation sus-pelvienne et descente

Pour que l'accouchement soit possible, il va falloir une desolidarisation de la tête et du tronc qui ne se fait que dans les variétés antérieures.

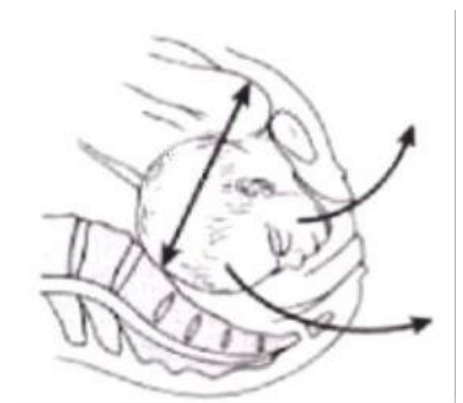
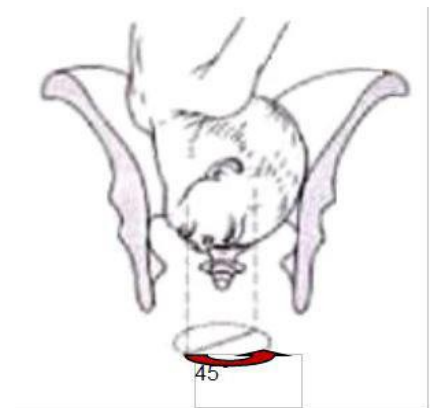
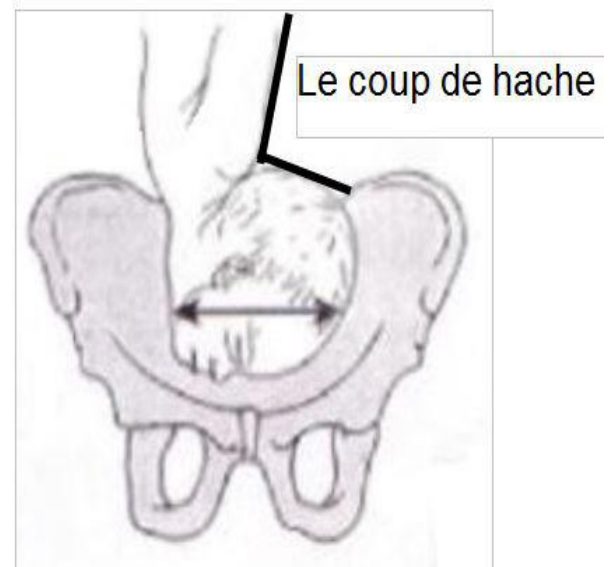
Le menton doit obligatoirement tourner en avant de 45° pour les variétés antérieures et de 135° pour les variétés postérieures, pour une terminaison de l'accouchement par voie basse. Le menton est alors sous la

symphyse pubienne.

L'occiput se trouve dans la concavité sacrée, la tête peut se desolidariser du tronc par elongation du cou et

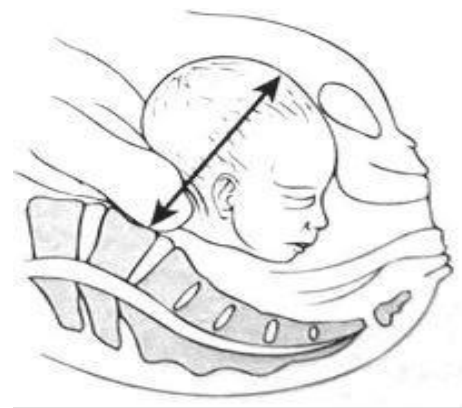
ainsi descendre dans le bassin.

Si le menton tourne en postérieur, il va buter sur le sacrum, Enclavement de la tête fœtale



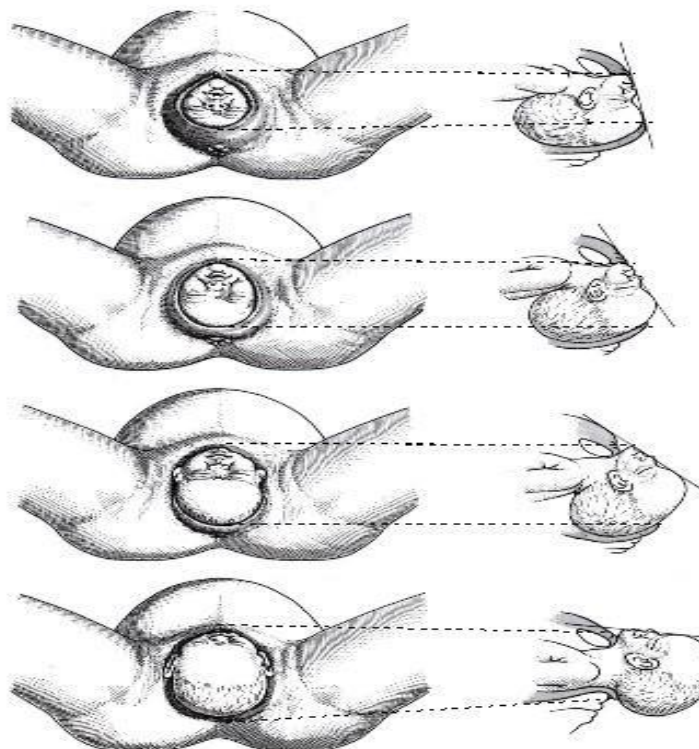
4.3. Dégagement

Le dégagement de la tête foetale 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.



CAT :

- variétés antérieures :
l'accouchement par voie basse est possible
- variétés postérieures :
l'accouchement par voie basse est impossible et la césarienne s'impose.



Les présentations transversales et obliques

Définition

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 transversales :

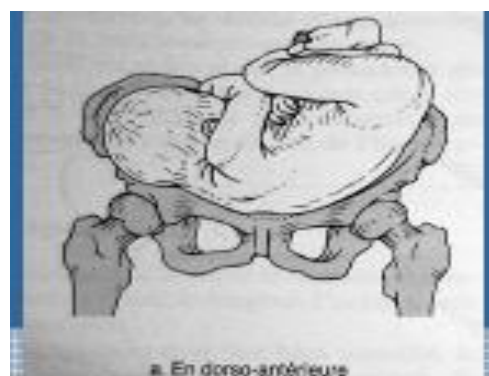
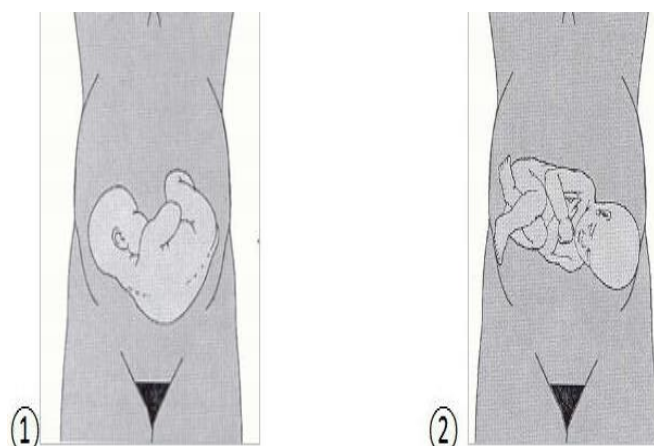
- Le fœtus est en position perpendiculaire à l'axe du bassin.

présentation de l'épaule

A. définition

présentation oblique :

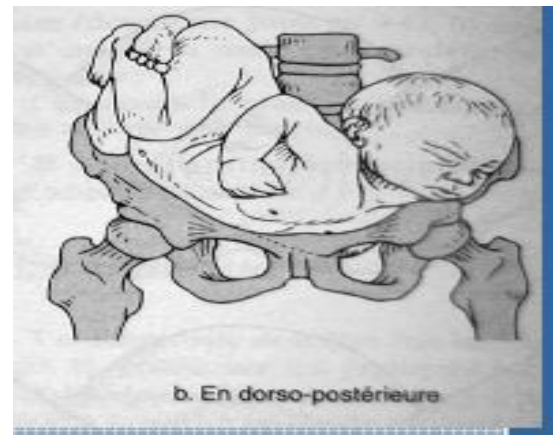
- la tête siégeant dans l'une des 2 fosses iliaques
- le moignon de l'épaule en regard du DS



les repères : acromion

les variétés :

- acro-iliaque droite
- acro-iliaque gauche
- présentation hautement dystocique
- Rare : 3/10 000 accouchements



B. clinique :

examen abdominal :

- inspection : utérus étalé transversalement
- palpation : pôle céphalique perçu dans une fosse iliaque
- auscultation : BCF au dessus de l'ombilic

TV :

- perçoit une présentation très haute, irrégulière

Échographie :

précise Diagnostic

c.Étiologie :

- Utérus atone : Multipare ,
- Utérus distendu : Jumeaux ,Hydramnios
- Utérus malformé ou déformé : myome
- Obstacle praevia : Placenta , fibrome

d.évolution :

- épaule négligée . RPM
- SFA
- Rupture utérine

L'épaule négligée

L'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

Conduite à tenir

Elle dépend de 3 éléments :

poche des eaux intacte

mobilité du fœtus

l'absence de souffrance fœtale

présentation transverse . la césarienne immédiate, en urgence

NB : la version par manœuvre externe est déconseillée

(seule indication : GG, le 1er accouché et le 2ème jumeau avec sa propre poche : biamniotique

