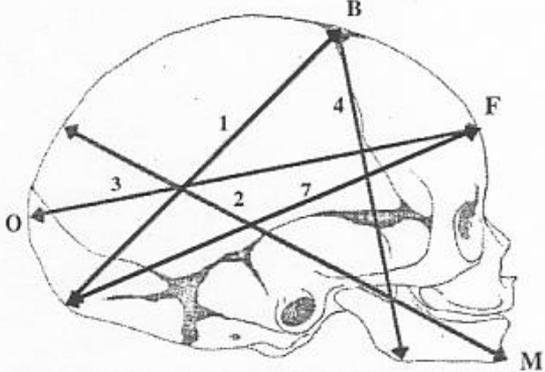
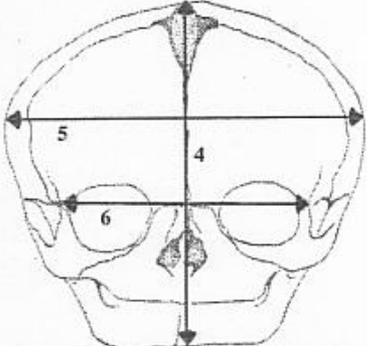
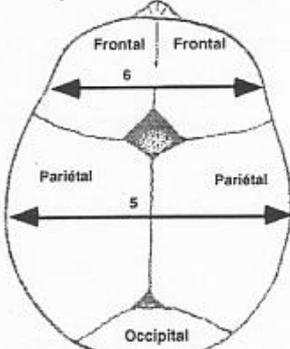


LES PRESENTATIONS IRREGULIERES

Tête foetale

 <p>A lateral view of a fetal skull with several measurement lines. Line 1 is from the occipital condyle to the bregma. Line 2 is from the occipital condyle to the subnasale. Line 3 is from the occipital condyle to the nasion. Line 4 is from the bregma to the subnasale. Line 7 is from the occipital condyle to the nasion. Labels B (bregma), F (frontal eminence), O (occipital condyle), and M (menton) are present.</p>	<p><i>Dimensions de la tête foetale</i></p> <p>1 : sous-occipito-bregmatique =95 mm 2 : sincipito-mentonnier = 135 mm 3 : occipito-frontal = 128 mm 7 : sous-occipito-frontal = 110 mm</p>
 <p>A frontal view of a fetal skull. Line 4 is the submento-bregmatic diameter. Line 5 is the biparietal diameter. Line 6 is the bitemporal diameter.</p>	<p>4 : sous-mento-bregmatique =95 mm</p>
 <p>A superior view of a fetal skull. Line 5 is the biparietal diameter. Line 6 is the bitemporal diameter. Labels Frontal, Pariétal, and Occipital are present.</p>	<p>5 : bipariétal =95 mm 6 : bitemporal =80 mm</p>

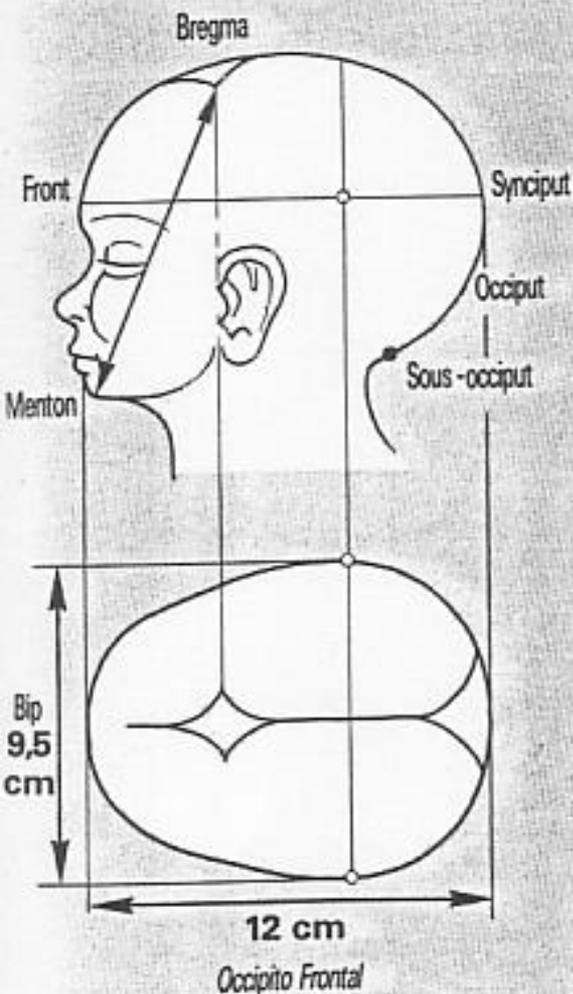
- Présentation de la face
- Présentation du front
- Présentation du Bregma
- Présentations transverse et oblique

Présentation de la **FACE**

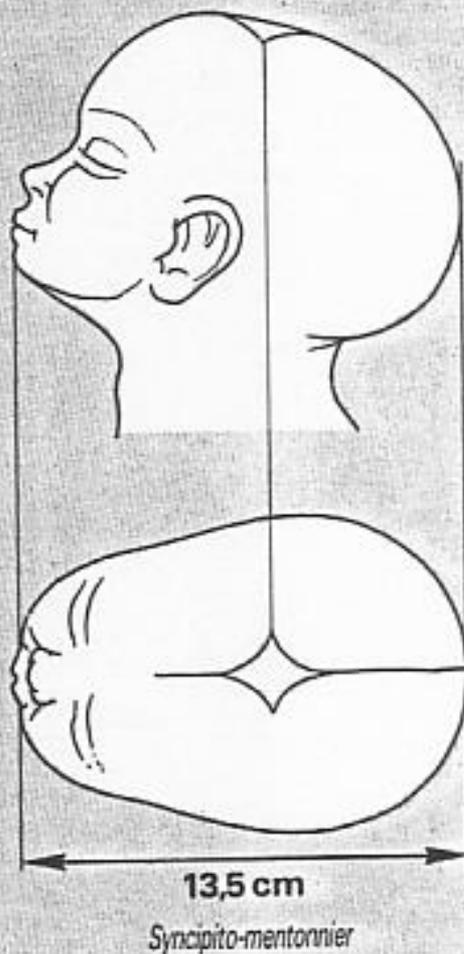
Définition

- Céphalique
- Fréquence: 1/500
- Exceptionnellement primitive
- Déflexion maximale
- Repère = menton
- \emptyset sous mento-bregmatique = 9.5 cm

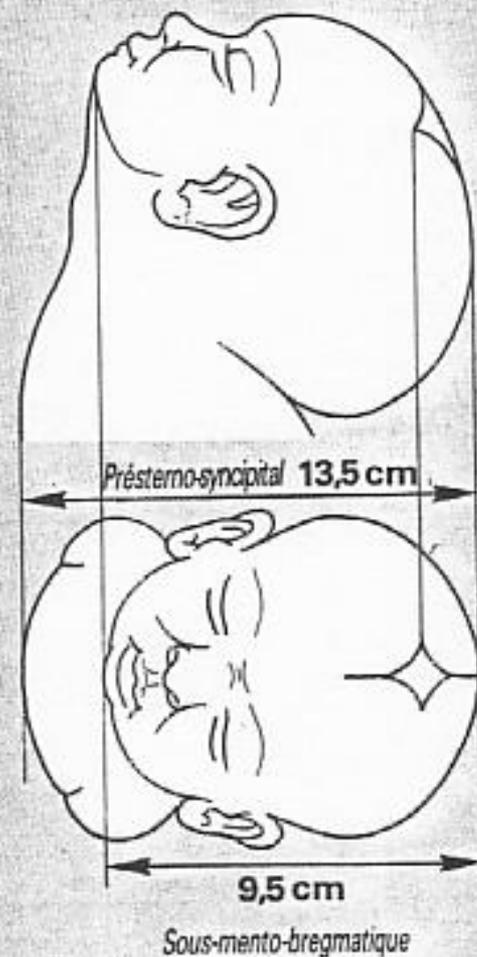
BREGMA



FRONT



FACE



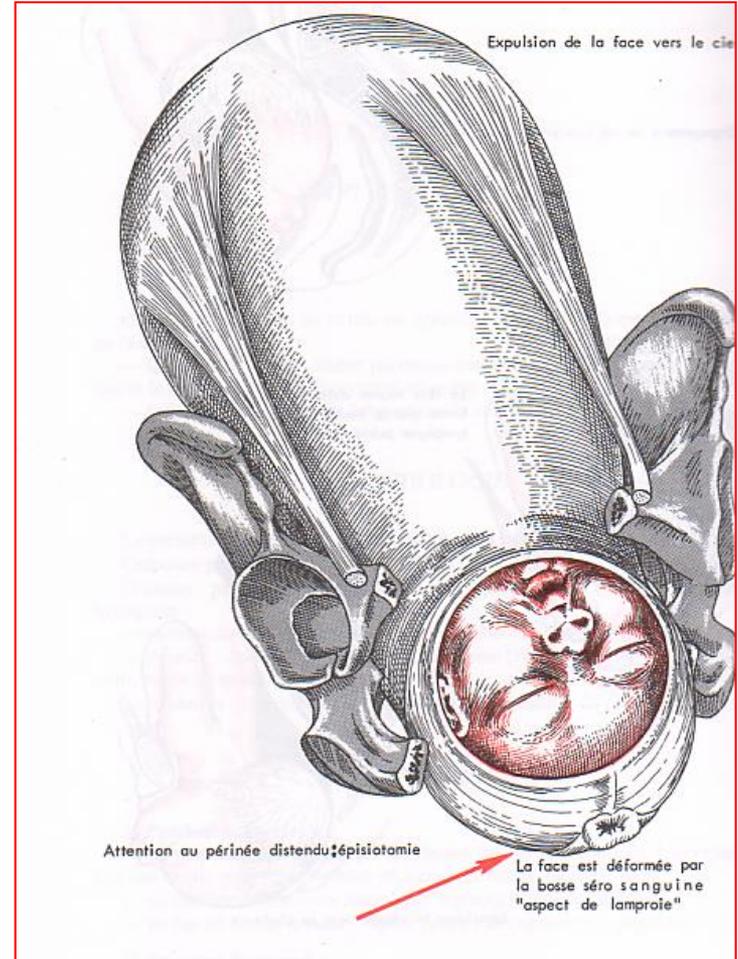
Dystocie + : voie basse

Dystocie +++ : césarienne

Eutocie (si menton antérieur) : voie basse
 Dystocie (si menton postérieur) : césarienne

Examen Physique

- Examen abdominale =
P°longitudinale
- TV (atraumatique = danger
oculaire)
- *Nez: au centre
- * Menton : Repère
- * En périphérie : front +
arcade sourcilière
- * Fontanelles jamais atteintes

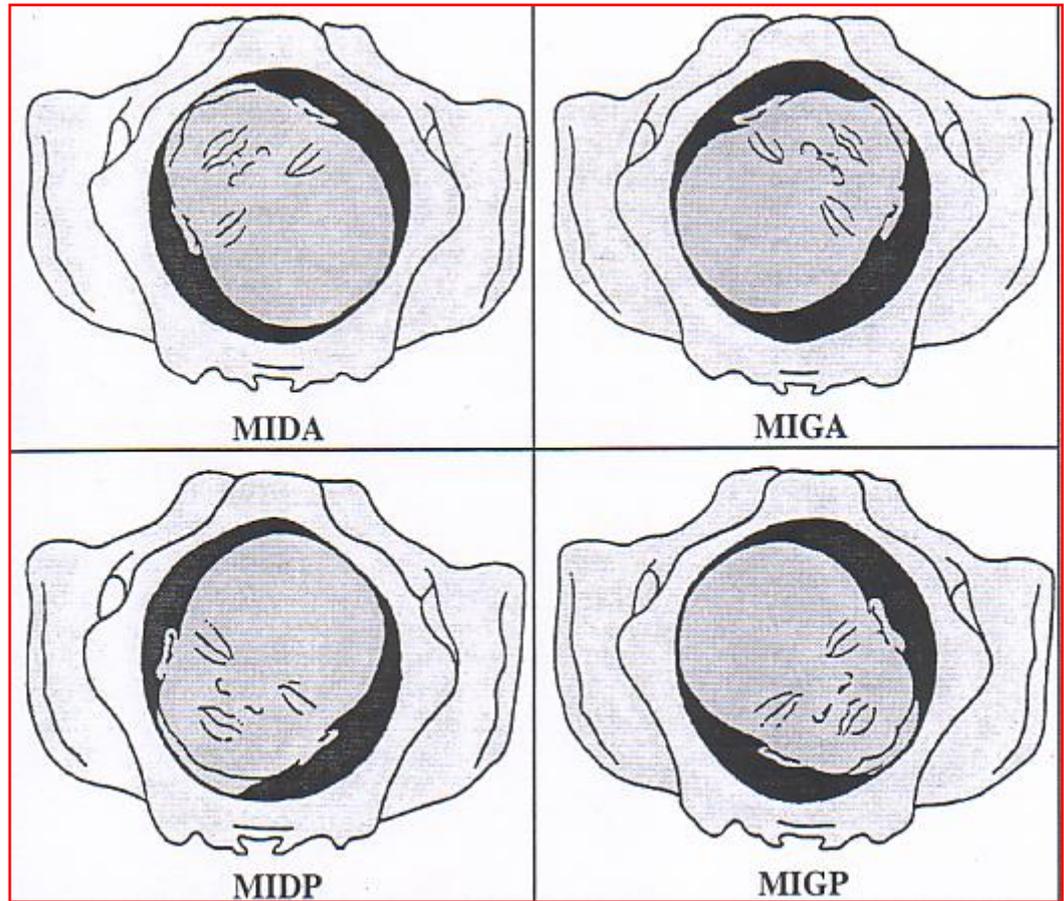


Etiologies

- Primitive: exceptionnelle
- Secondaire
 - Maternelles
 - * Rétrécissement modéré du bassin
 - * Obliquité utérine
 - Fœtales
 - * Dolichocéphalie
 - * Malformations (vertébrales, tumeur cou)
 - Ovulaires
 - * Hydramnios
 - * Placenta Prævia
 - * Circulaire du cordon

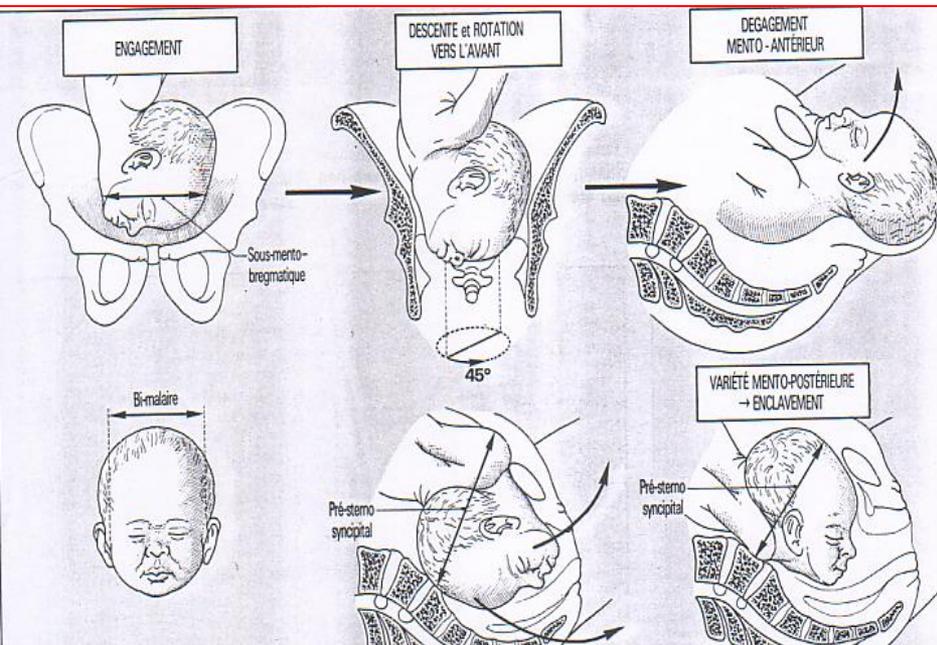
Variétés

- Variétés
- MIDP = 30 %
- MIDA = 27 %
- MIGA = 20 %
- MIGP = 10 %



Mécanique obstétricale

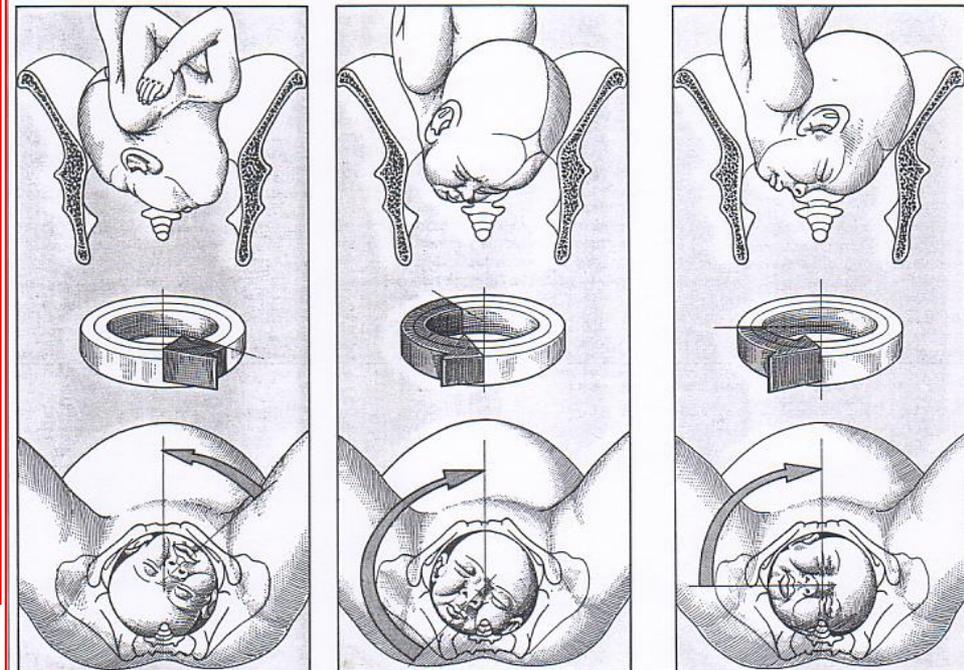
- Diamètres d'engagement
 - * Sous mento-bregmatique = 9.5
 - * Bimalaire = 8.5
- Descente - rotation
 - * Menton en avant sous la symphyse : accouchement possible
 - * Menton en arrière (syncipito-présternal = 13.5) →
Enclavement de la face
- Dégagement
 - * Menton = Pivot (rotation autour de la symphyse)
 - * Flexion ++
 - * Risque périnéal (dégagement de l'occiput) = diamètre sous occiputo-mentonnier



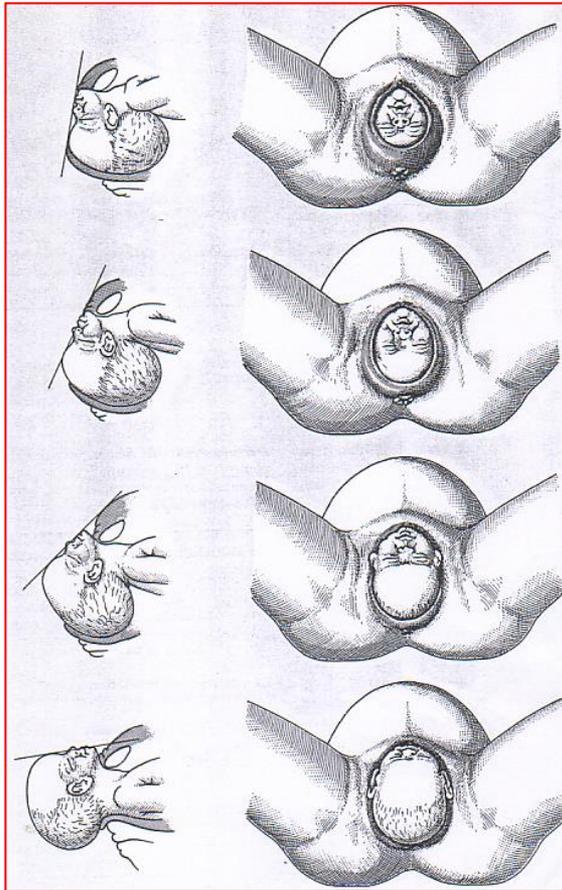
Présentation de la face en mento-iliaque gauche antérieure avec rotation en mento-pubienne.

Présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure avec rotation en mento-pubienne.

Présentation de la face en mento-iliaque droite transverse avec rotation en mento-pubienne.

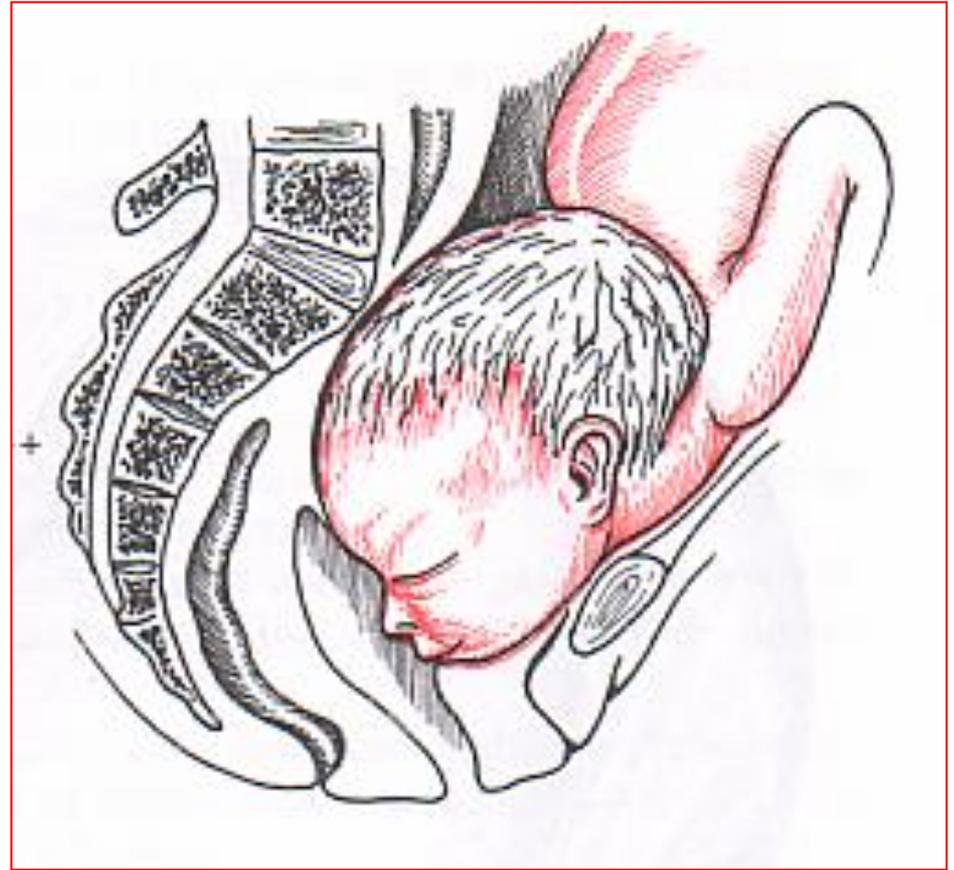
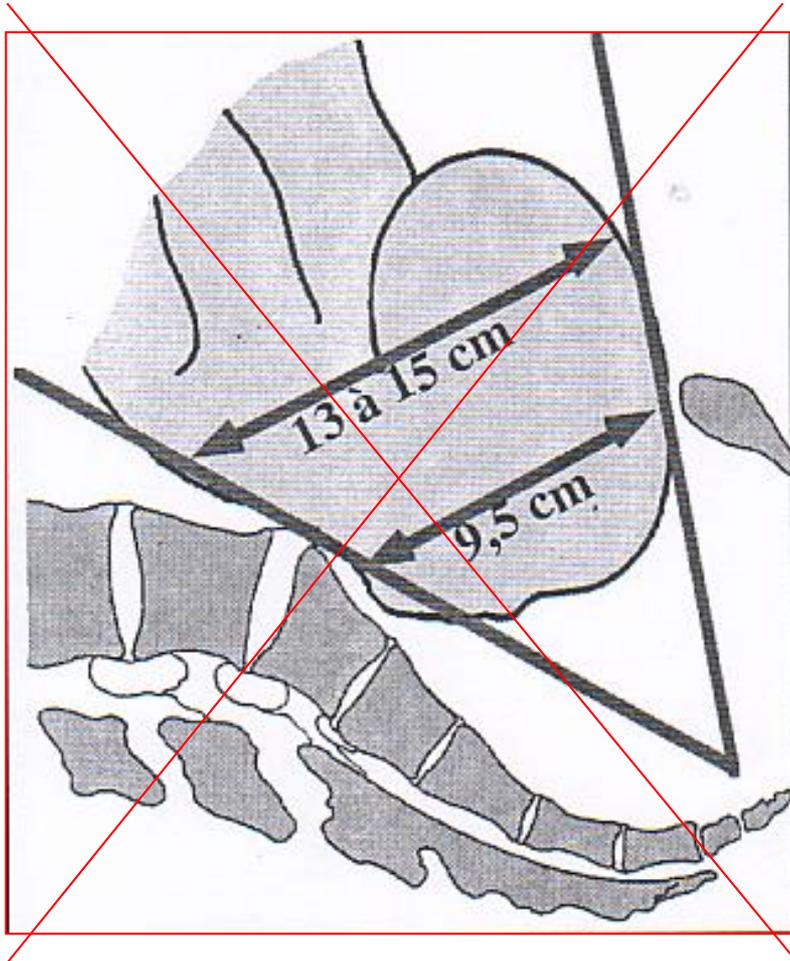


Dégagement



Risque périnéal +++
Épisiotomie +++

Enclavement de la face



Conduite à Tenir

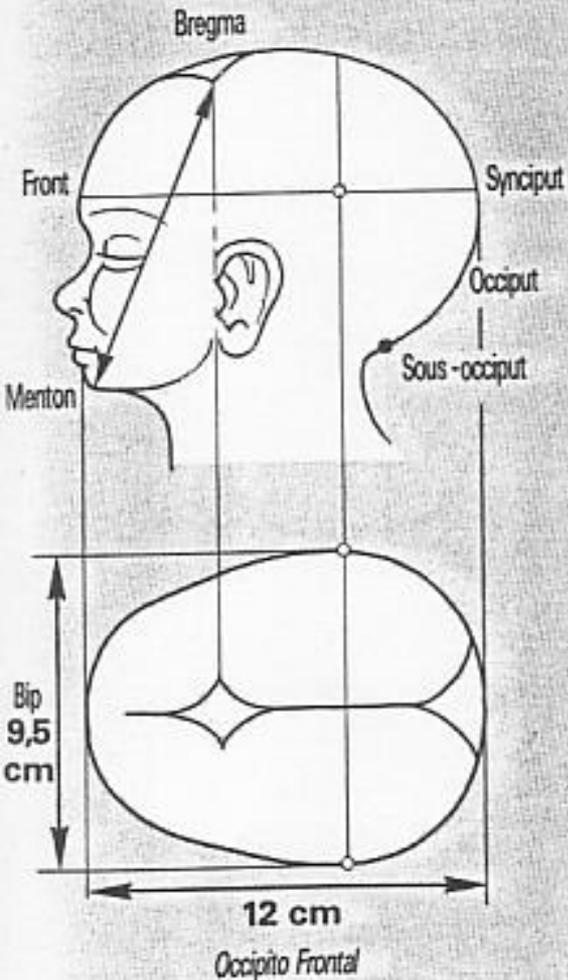
- Rotation du menton en avant
 - AVB possible
 - Risques
 - * Arrêt de progression
 - * Procidence du cordon
 - * Compression cordon: occiput - dos
 - * Défaut d'engagement
 - * Déchirures périnéale (Épisiotomie ++)
 - * Déformation tête
- Rotation du menton en arrière → césarienne

Présentation du FRONT

Définition

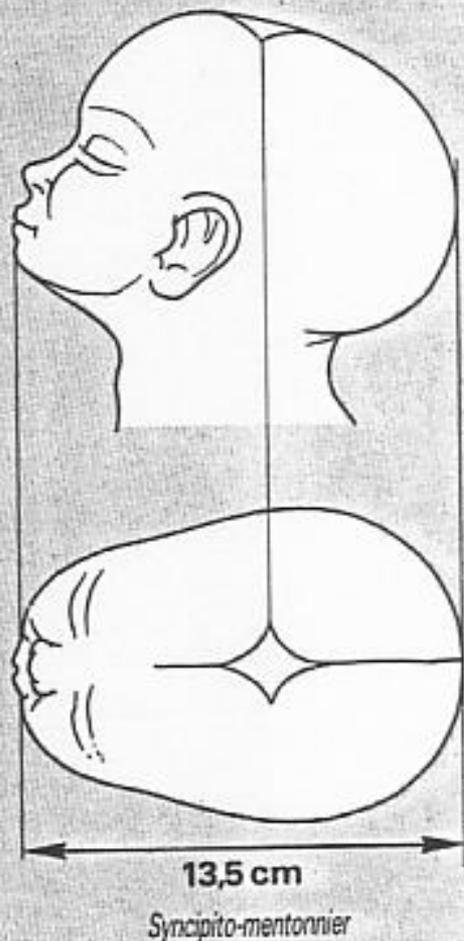
- Céphalique
- Fréquence = 1/1000
- Déflexion partielle
- Repère = racine du nez
- \emptyset syncipito-mentonnier = 13.5 cm

BREGMA



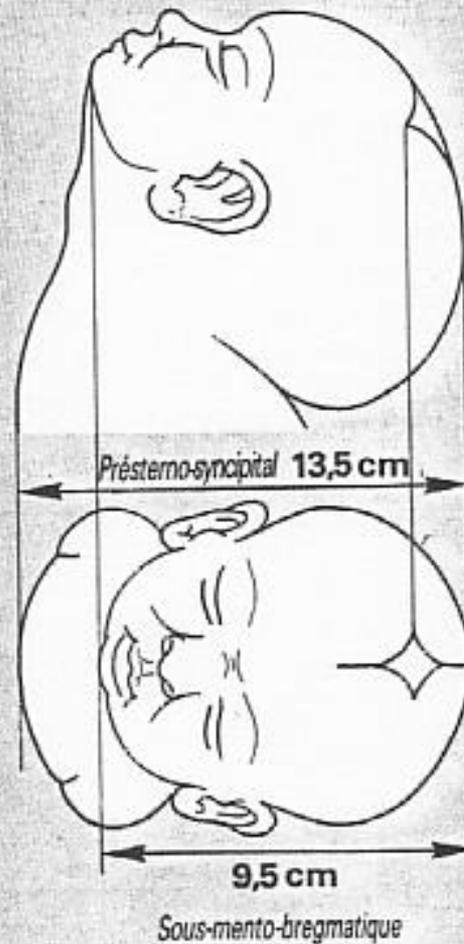
Dystocie + : voie basse

FRONT



Dystocie +++ : césarienne

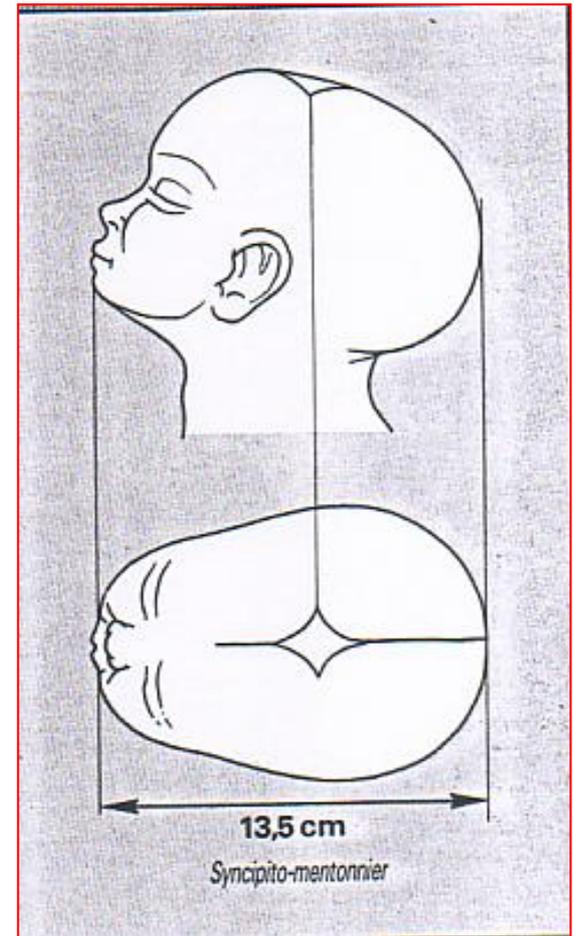
FACE



Eutocie (si menton antérieur) : voie basse
Dystocie (si menton postérieur) : césarienne

Examen physique

- Examen abdominal :
P° Longitudinale, céphalique (tête haute).
- Toucher Vaginal:
 - Front au centre
 - Racine du nez (P)
 - Grande fontanelle (P)
 - Fontanelle postérieure + menton: jamais perçus



Etiologies

- Maternelles
 - Multiparité
 - Hydramnios
 - Obliquité utérine
 - Rétrécissement du bassin
- Fœtales
 - Dolichocéphalie

Variétés

C'est la racine du nez qui détermine la variété:

* NIGA

* NIDA

* NIDP

* NIGP

* NIGT

* NIDT

Mécanique obstétricale

- Diamètre d'engagement = Syncipito-mentonnier = 13.5 cm > Ø Oblique
- L'engagement est impossible
- Risques (front négligé):

Enclavement → Hypertonie →
Hypercinésie

→ Rupture utérine

Conduite à Tenir:

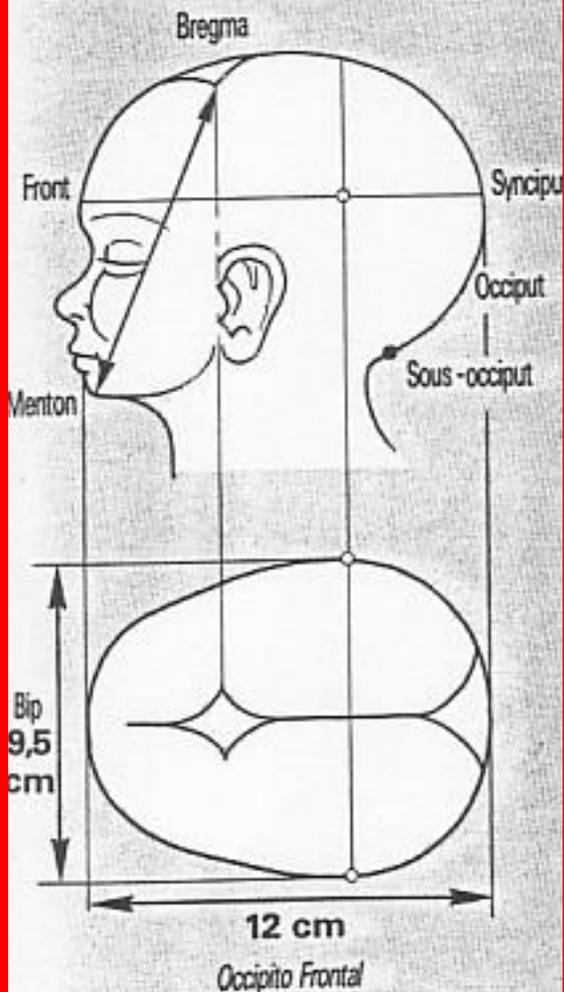
Présentation fixée → **CESARIENNE ++**

Présentation de Bregma

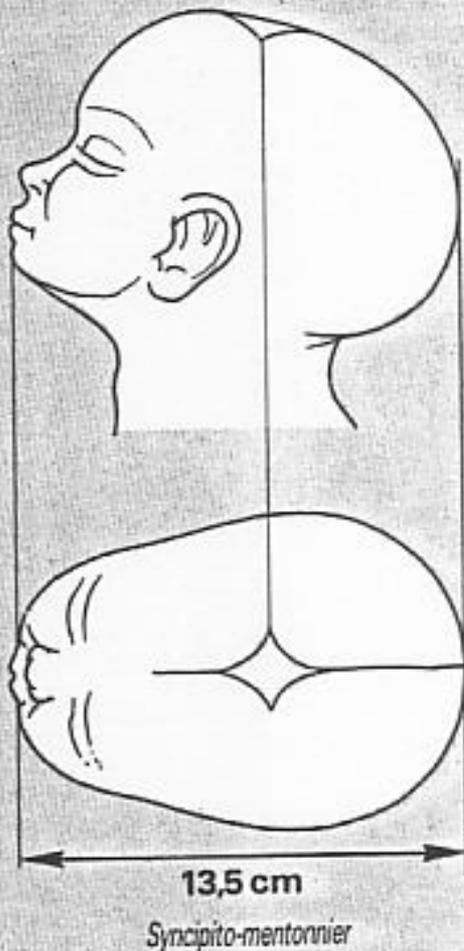
Définition

- Céphalique
- Légère déflexion
- Repère = grande fontanelle: Bregma
- Ø Occipito-frontal = 11-12 cm
- AVB: possible

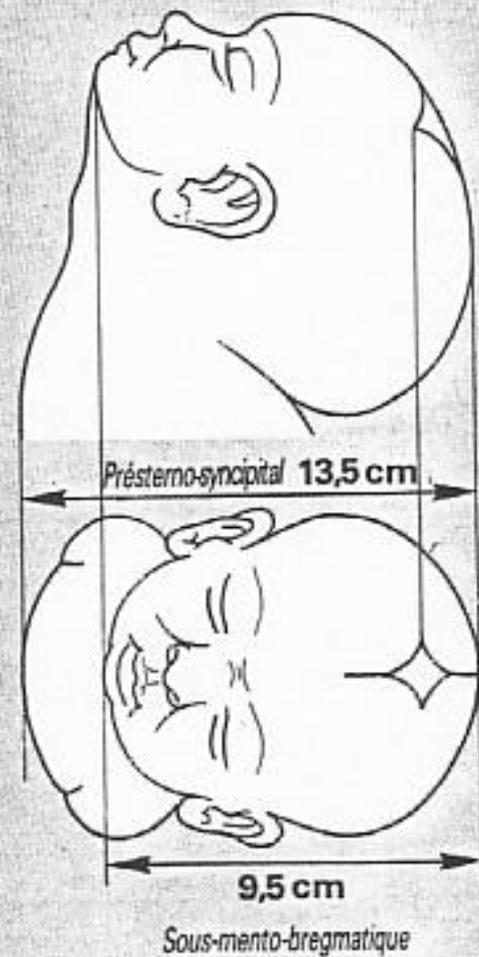
BREGMA



FRONT



FACE



Dystocie + : voie basse

Dystocie +++ : césarienne

Eutocie (si menton antérieur) : voie basse
Dystocie (si menton postérieur) : césarienne

Examen physique

- Examen abdominal= P° longitudinale, perception du front
- TV
 - Grande fontanelle au centre (signe de la croix)
 - Racine du nez et le front en périphérie
 - Nez et fontanelle postérieure: jamais peçus

Etiologies

- Maternelles
 - Multiparité
 - Hydramnios
 - Obliquité utérine
 - Rétrécissement du bassin
- Fœtales
 - Dolichocéphalie

Variétés

- C'est la région frontale qui détermine les variétés de présentation:
 - * FIGA
 - * FIDP
 - * FIDA
 - * FIGT
 - * FIDT

Mécanique obstétricale

- Engagement
 - Ø d'engagement = Occipito-frontal = 11-12 cm
 - *Modelages ++*
- Descente et rotation
 - Laborieuse +++
 - Terminée quand: racine du nez sous la symphyse
- Dégagement
 - Flexion: front + bregma + occiput
 - Déflexion: bouche + menton

Conduite à Tenir

- AVB acceptée
 - Risques:
 - * *Bosse séro-sanguine,*
 - * *Déformations plastiques,*
 - * *Défaut d'engagement,*
 - * *Risque d'enclavement*
- Evolution défavorable: césarienne

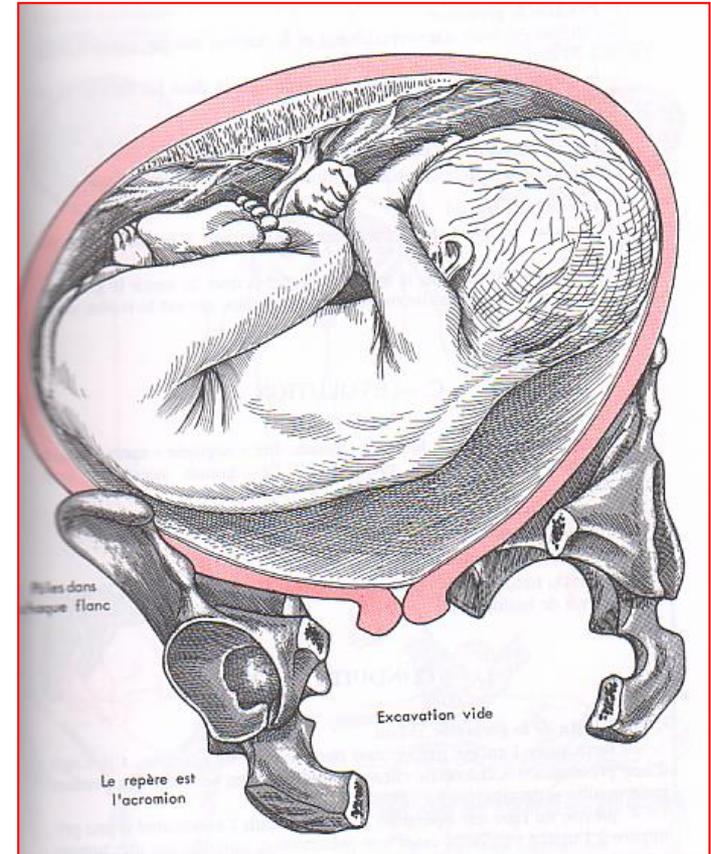
Présentation Transverse

Définition

- L'aire du DS n'est occupée ni par le pôle céphalique ni par le siège
- Habituellement décrits: présentation de l'épaule
- Présentation rare ++
- Incompatible avec AVB
- Repère = Acromion

Examen physique

- Dg doit être fait au début du travail
- Palpation:
 - Tête fœtale: hypochondre
 - Siège: hypochondre controlatéral
 - Plan du dos transversal
- Toucher Vaginal:
 - Grossesse: excavation vide
 - Travail (membranes rompues): moignon de l'épaule, grill costal, omoplate.



Présentation oblique

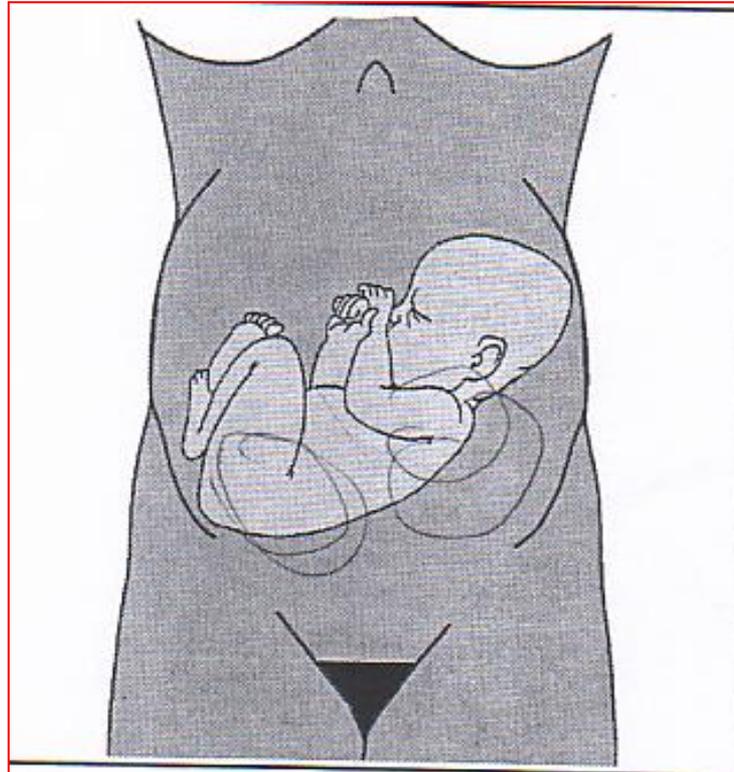


Figure 3 : position oblique (siège dans la fosse iliaque)

Étiologies

- Malformations utérines
 - Fibromes
 - Obstacles prœvia
 - Distension utérine
 - Multiparité
- Excès de mobilité fœtale ou obstacle à la rotation foetale

Variétés

- Selon la position de l'acromion
 - * AIGA
 - * AIGP
 - * AIDA
 - * AIDP
- Selon la position du dos et celle de l'épaule se trouvant dans le DS:
 - * Épaule droite en dorso antérieure
 - * Épaule gauche en dorso antérieure
 - * Épaule droite en dorso postérieure
 - * Épaule gauche en dorso postérieure

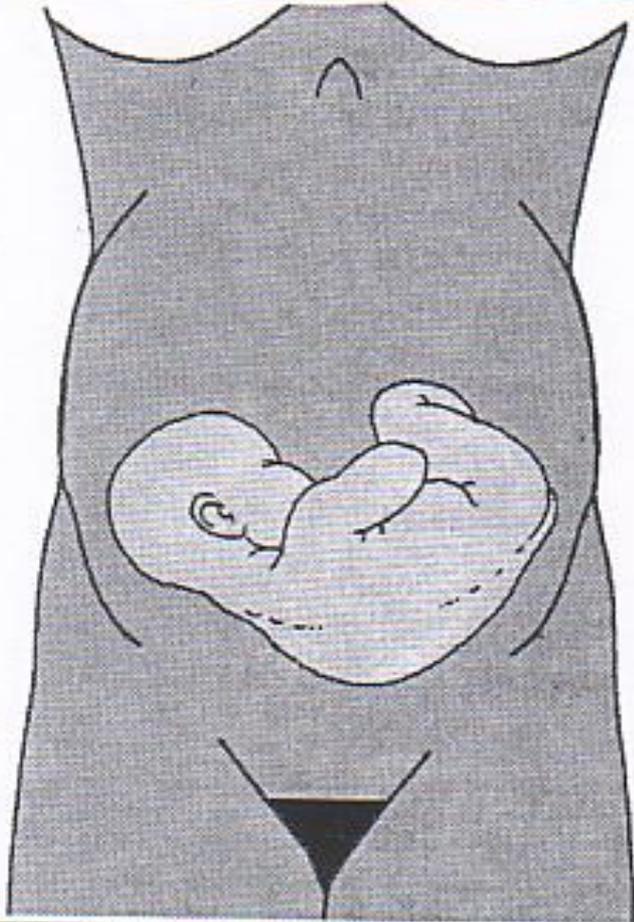


Figure 1 : position transversale (dorso-antérieure)

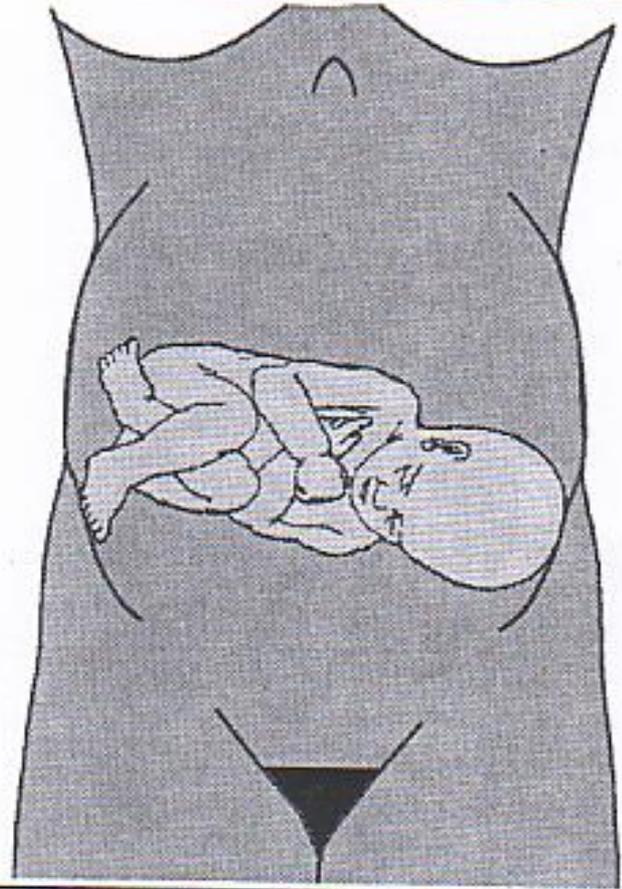


Figure 2 : position transversale (dorso-postérieure)

Épaule gauche

Conduite à Tenir

- CESARIENNE (TRANSVERSE)
- VERSIONS (OBLIQUE): Version par Manœuvre externe = transformer une présentation oblique en longitudinale, possible si :
 - Bassin normal
 - Fœtus mobile
 - Membranes intactes
 - Absence d'obstacle prœvia
 - Absence de souffrance
 - Utérus sain

CONCLUSION

- Taux de césarienne élevé++ d'emblée ou au cours du travail.
- Lorsque l'AVB est possible
 - Échec +++
 - Complications obstétricales maternelles et foetales (traumatiques)
 - Expérience de l'accoucheur
 - Présence d'un bloc opératoire