




Dr L.BOUHMAMA

# PRÉSENTATION DE SOMMET




# Objectifs

- Reconnaître une présentation du sommet en précisant sa variété
  - Faire le diagnostic de l'engagement
  - Etre capable d'expliquer le mécanisme de la descente et de la rotation de la tête dans la présentation du sommet
- 



# Définition

- L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles.
- 

# Rappels

- Le travail comprend trois parties :
  - l'effacement et la dilatation du col
  - l'expulsion du fœtus, ou accouchement proprement dit,
  - la délivrance qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

## Effacement et dilatation du col utérin chez la primipare et la multipare



Avant le travail



Effacement complet



Début de dilatation



Dilatation complète

**PRIMIPARE**



Avant le travail



Effacement et dilatation  
simultanée

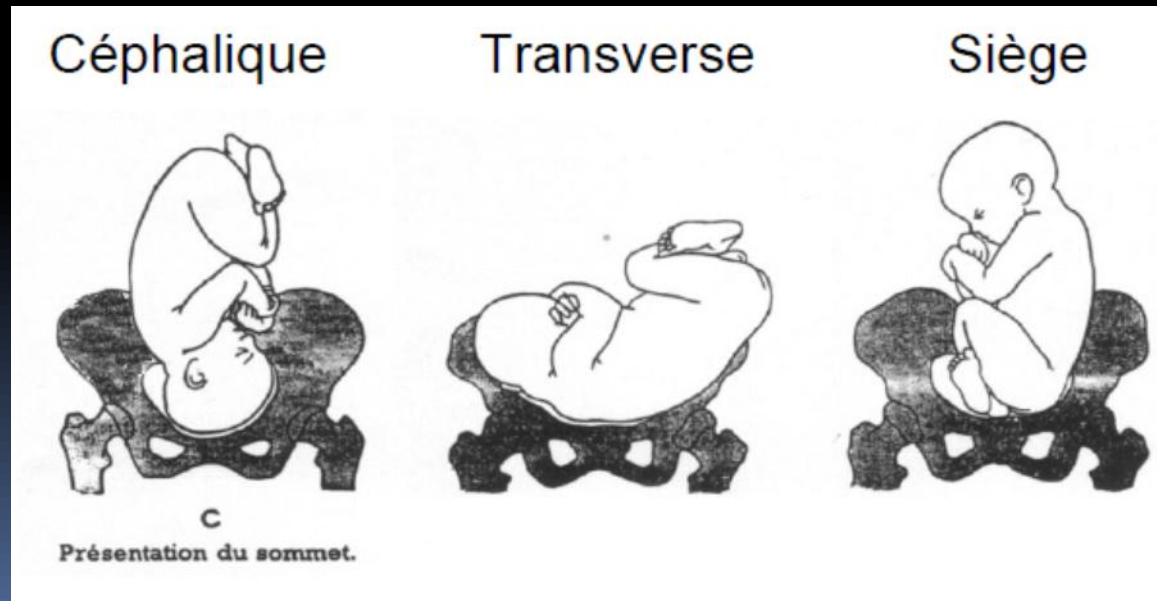


Dilatation presque complète

**MULTIPARE**

# La présentation foetale

- On appelle présentation la partie du fœtus qui se présente en premier dans l'aire du bassin

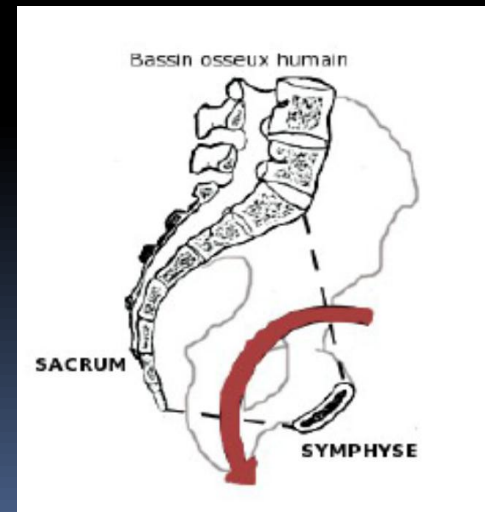
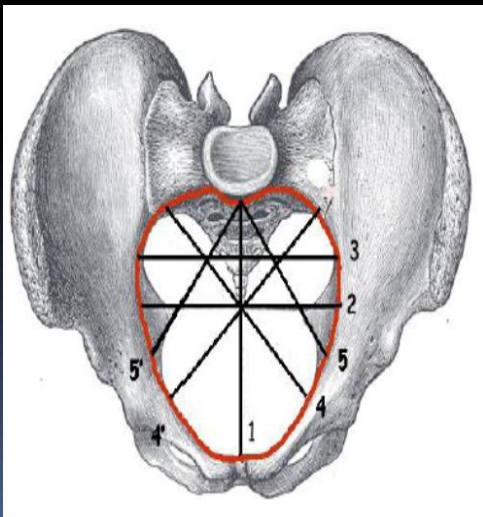


# Rappels : bassin

- il est divisé en 02 parties : le grand bassin et le petit bassin.
- Le grand bassin, sans intérêt obstétrical.
- le petit bassin correspond au bassin obstétrical.
- canal osseux est composé de 02 ouvertures : le DS , DI et d'une excavation : l'excavation pelvienne.

# Rappels : bassin

- DS : plan d'engagement
- L'excavation : plan de descente et de rotation
- DI : plan du dégagement

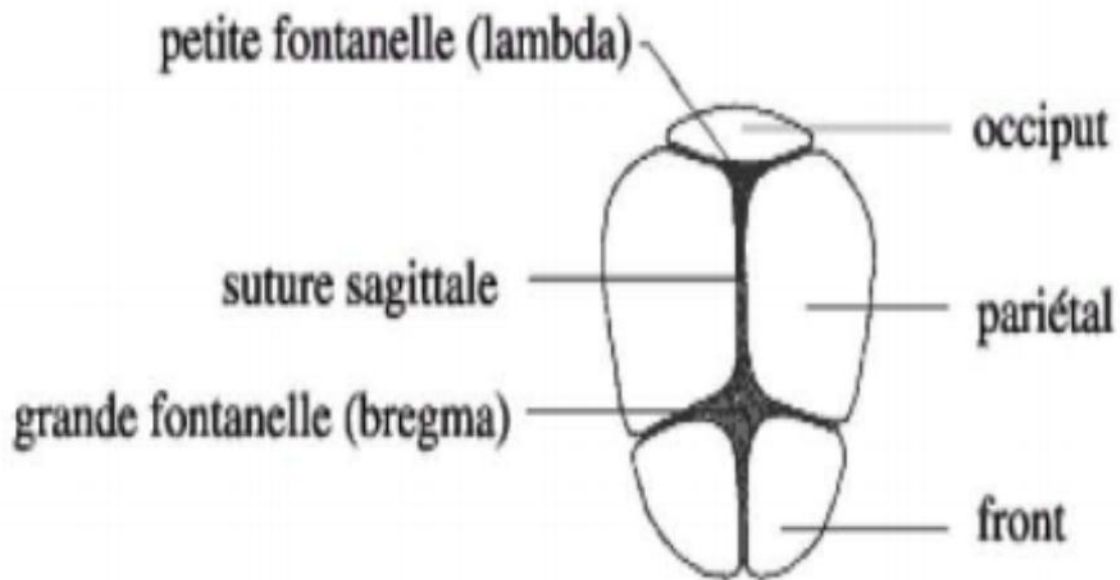




# Définition

- Le sommet : Présentation céphalique où la tête est totalement fléchie.
- la plus fréquente (95%) et la plus favorable à l'accouchement : eutocique.
- Repère (occiput):
  - Partie la plus déclive de la présentation
  - Reconnaissable par la fontanelle postérieure - lambda-

# Les fontanelles



*Les fontanelles du crâne fœtal, vue de dessus*

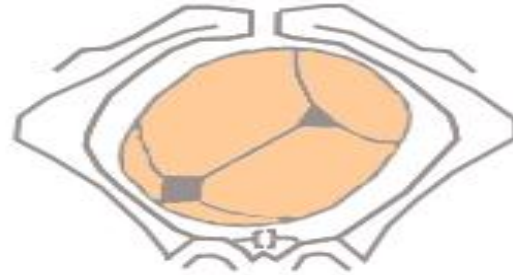
# variété de la présentation du sommet

- Les variétés antérieures (60%) comptent :
  - l'occipito-iliaque gauche antérieure OIGA (57%)
  - l'occipito-iliaque droite antérieure OIDA ( 3% à 5%.)
  
- Les variétés postérieures comptent:
  - l'occipito-iliaque gauche postérieure (33%)
  - l'occipito-iliaque droite postérieure (6%).

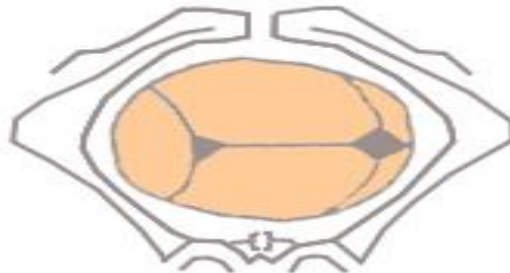
# Variétés du sommet



**OIDA**



**OIGA**



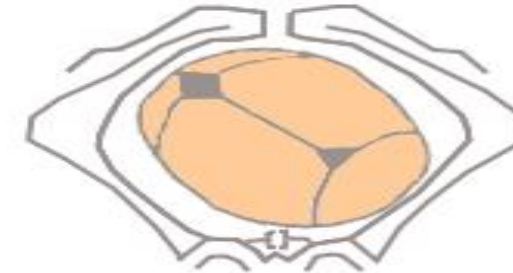
**OIDT**



**OIGT**



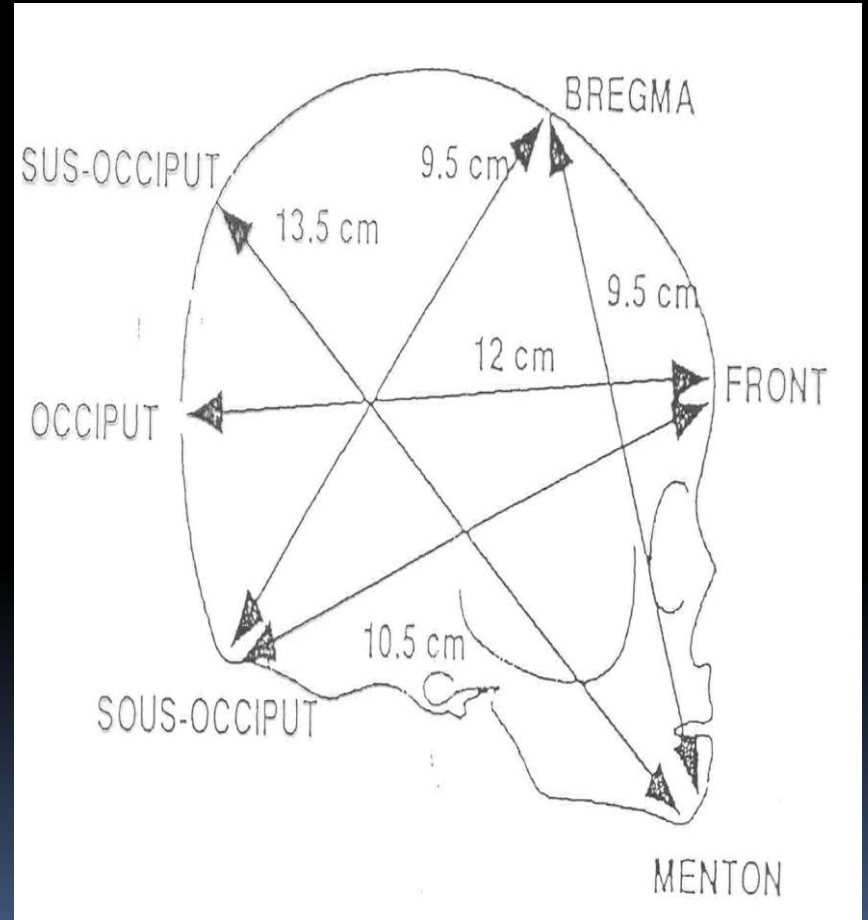
**OIDP**



**OIGP**

# Diamètre du sommet

- Diamètres bipariétal : 9.5cm (transversal).
- Diamètre sous occipito-bregmatique : 9.5cm.
- C'est une présentation eutocique.



# Clinique

- Repose sur le palper abdominal et TV
- Conditions :
  - décubitus dorsal
  - paroi abdominale bien relâchée
  - vessie vide
  - en dehors des contractions

# Clinique

- Palper abdominal :
  - Fond utérin: pole pelvien du fœtus
  - Faces latérales: plan du dos et sillon du cou
  - Région sus - pubienne: pole céphalique

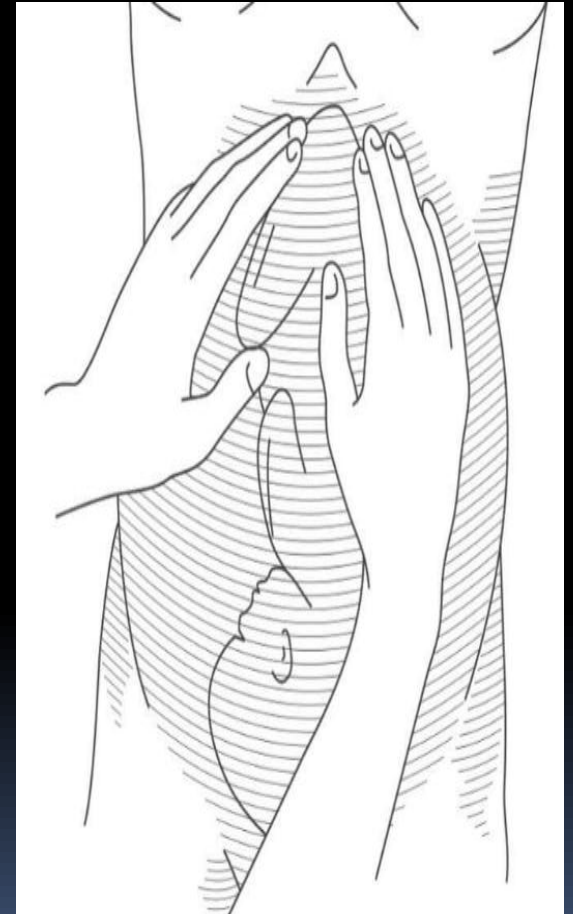
# Clinique





# Clinique

- *Manœuvre de Léopold :*
- Mesure de la hauteur utérine
- Bruit du cœur foetal doivent être perçus du côté du plan du dos au dessous de l'ombilic maternel.
- Dans la variété antérieure, les bruits sont proches de la ligne médiane alors qu'ils ont plus en dehors dans la variété postérieure.

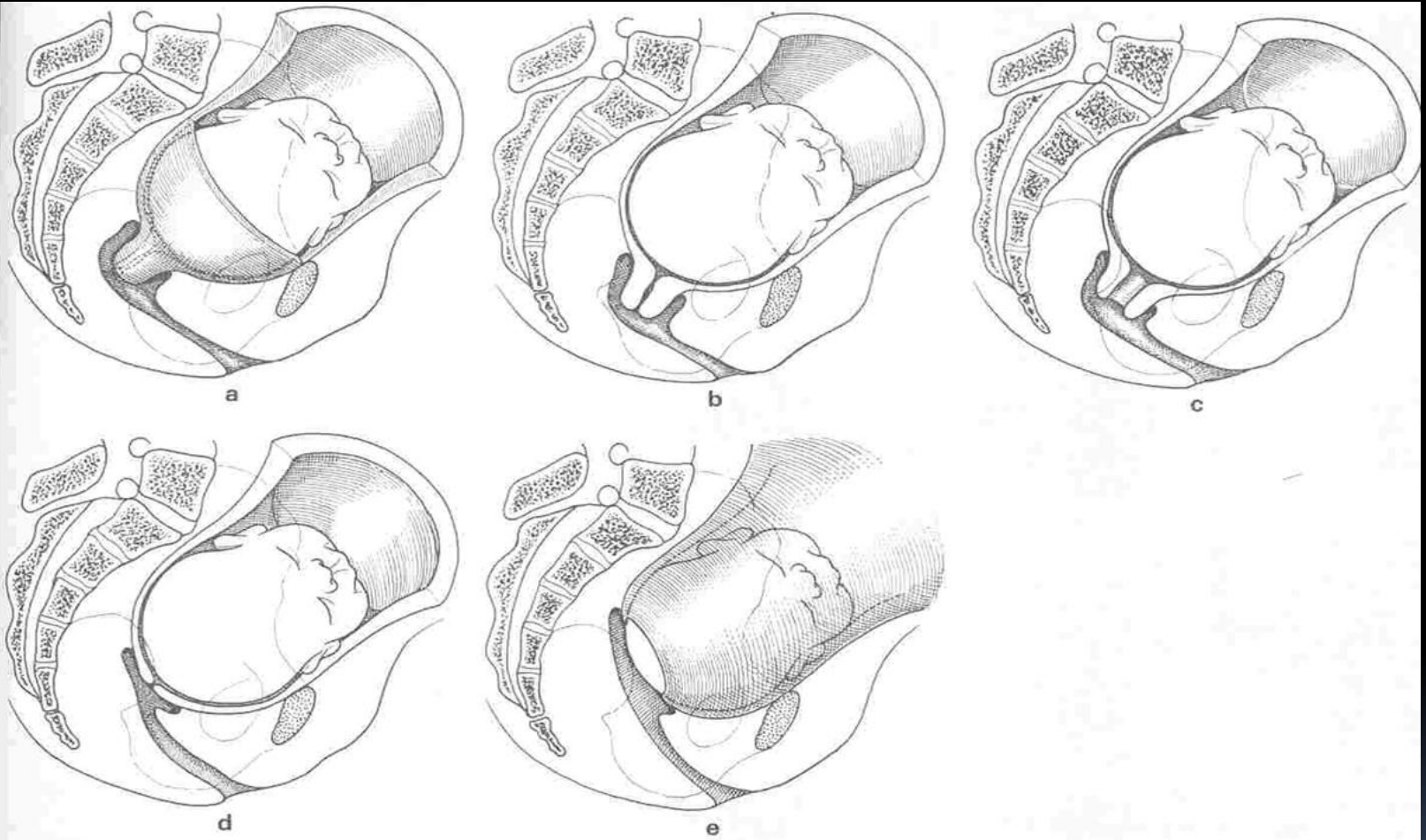


# Clinique : toucher vaginal +++

- Confirmation de la présentation céphalique
- le repérage de la fontanelle postérieure.
- permet d'apprécier la hauteur : la présentation par rapport au bassin, la fixité de la tête et son engagement (signe de Farabeuf +)

# Clinique : toucher vaginal +++

- Il renseigne également sur le col utérin:
  - dilatation, consistance, effacement,
  - Sur l'état de la poche des eaux –intacte (plate ou bombante) ou rompue (LA claire, teinté, hématique)
  - permet d'étudier le bassin osseux : DS ,DM ,DI



3.5. Effacement et dilatation du col.  
(D'après J. Lansac, C. Berger, G. Magnin, *Obstétrique pour le praticien*, SIMEP, Villeurbanne, 1983.)

# Difficultés diagnostic

- utérus en travail se relâche mal
- Existence d'une bosse séro-sanguine
- Patiente obèse ou peu coopérante
- L'échographie peut alors être utile (pole céphalique, orbites )

# Accouchement

- Présentation du sommet : « variété antérieures» OIGA.
- L'accouchement se déroule en trois étapes :
  - Engagement
  - Descente et rotation
  - Dégagement

# Engagement

- Franchissement du DS par le plus grand diamètre de la présentation
- précédé de 02 phénomènes => constituent l'accommodation foeto-pelvienne au DS :
  - Orientation
  - Amoindrissement

# Engagement

- Orientation : le plus grand  $\emptyset$  du crane foetal s'oriente dans l'un des grands axes du bassin qui mesure 12 cm ,l'occiput est le plus souvent en avant
- Amoindrissement par chevauchement des os du crane et flexion de la tête sur le tronc
- Asynclitisme



# Engagement

- Avant l'engagement
  - Palpation : tête au-dessus du pubis (coup de hache)
  - Toucher vaginal: excavation vide, tête haute et mobile

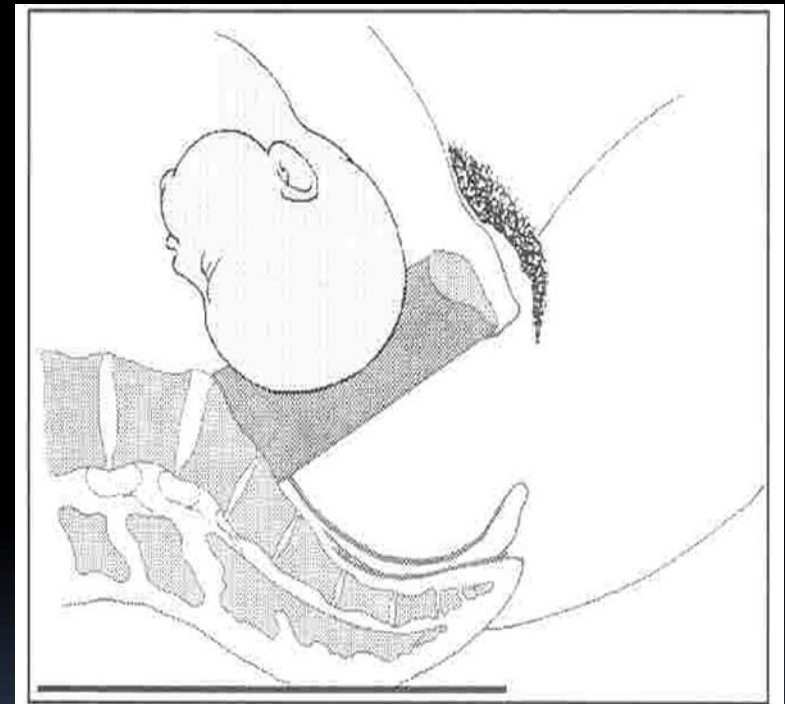
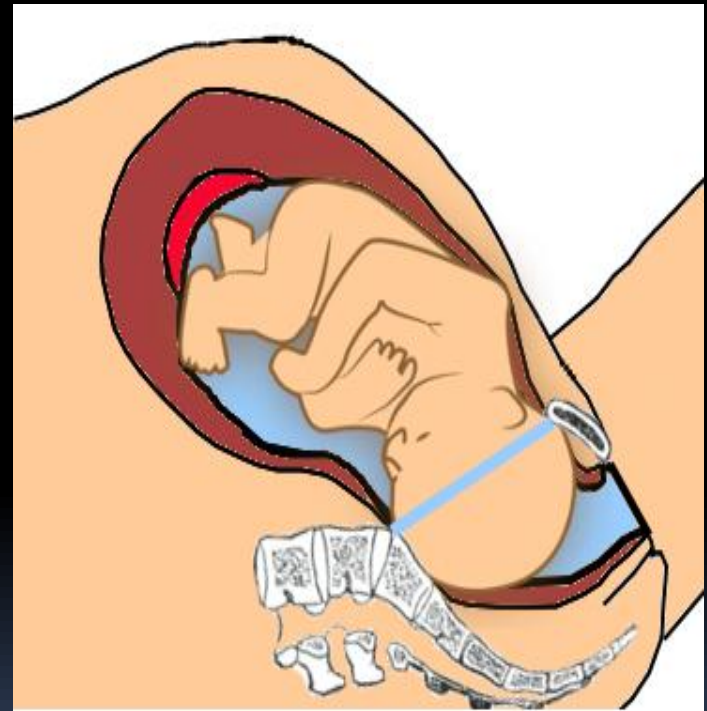


Figure 1 : engagement de la tête fœtale : tête non engagée

# Engagement

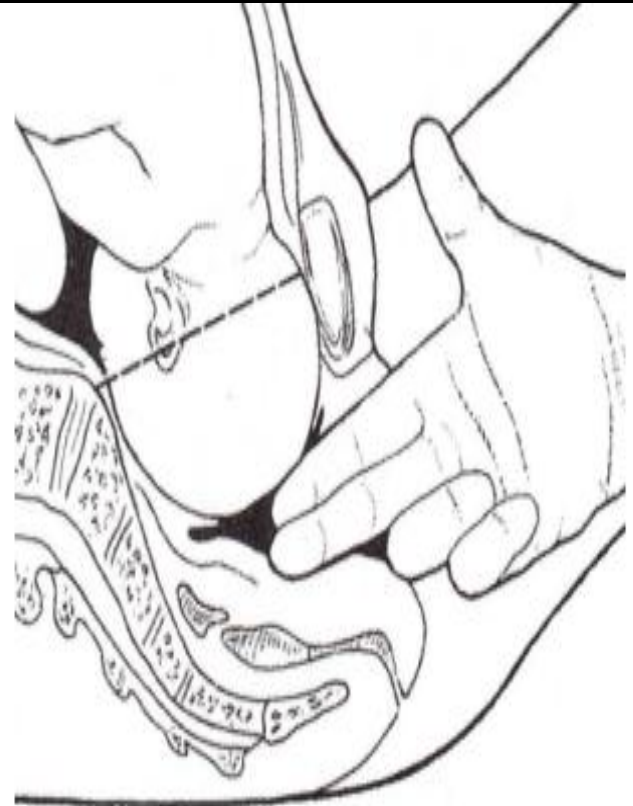
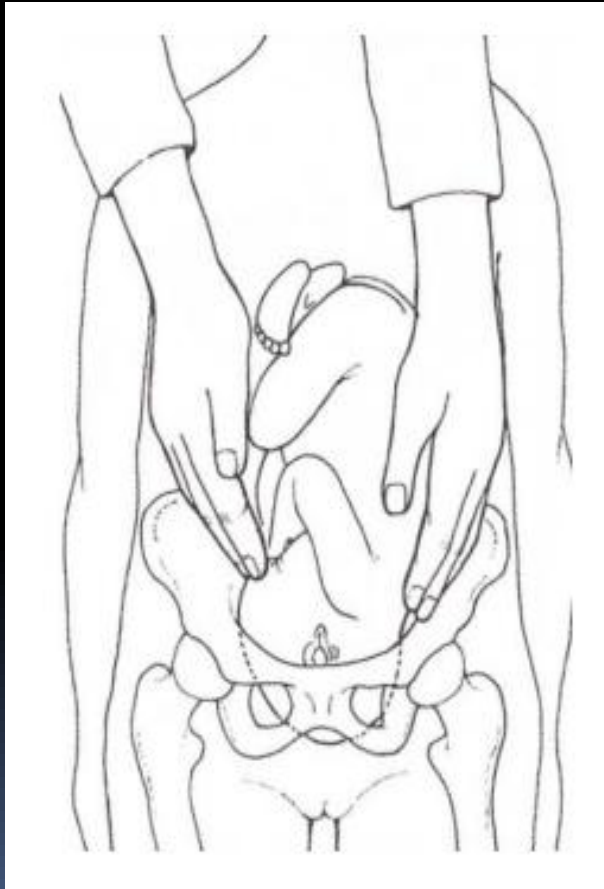
- Après l'engagement
  - Palpation: tête n'est plus palpable
  - Toucher vaginal: tête accessible, signe de Farabeuf positif



# L'engagement

- Le diagnostic d'engagement:
  - Présentation non engagée :
    - front à distance de la symphyse,
    - tête mobile, saillie acromiale  $> 4$  travers de doigts de la SP
    - au TV, excavation vide, tête haute  $\pm$  mobile
  - Présentation engagée :
    - Occiput non perçu au palper abdominal,
    - saillie acromiale  $< 3$  travers de doigts de la symphyse, signe de Farabeuf ou de Demelin au TV

# L'engagement

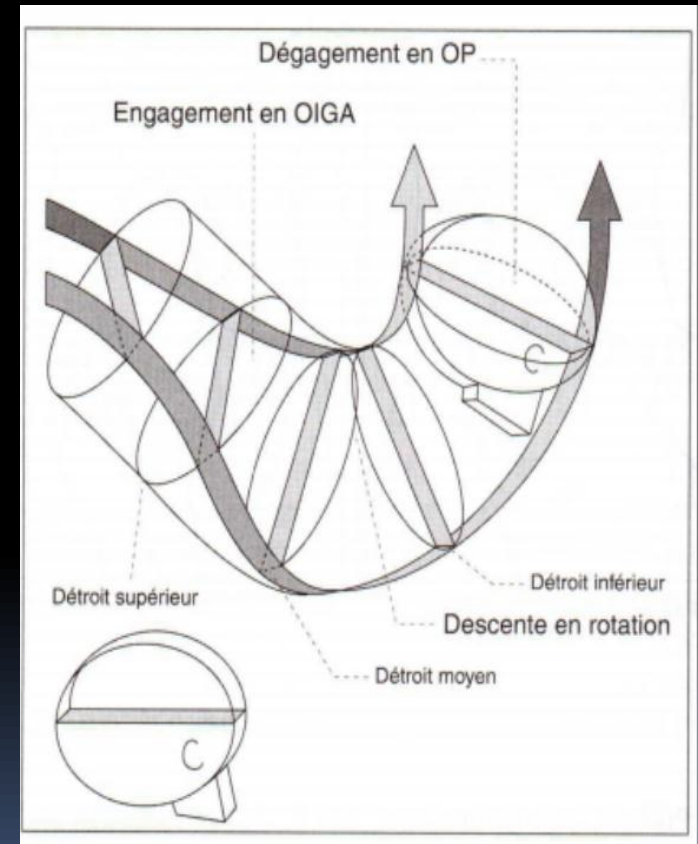


Présentation engagée, signe de Farabeuf

# Descente et rotation

## 1-Descente :

La présentation progresse selon l'axe d'engagement, change de direction au fur et à mesure de la descente passant de l'axe ombilico-coccygien du détroit supérieur à un axe horizontal par un MVT de pivot autour de la SP.



# Descente et rotation

## 2-Rotation :

- la rotation va correspondre le diamètre sous-occipito-bregmatique avec l'axe antéropostérieur du détroit inférieur.

# Descente et rotation

- 3-La clinique :
  - le toucher vaginal permet de suivre
    - la descente : le sommet par rapport aux épines sciatiques et au périnée
    - la rotation : la position de la petite fontanelle et des sutures.
  - La présentation entre alors dans le bassin <mou> pour permettre le dégagement.

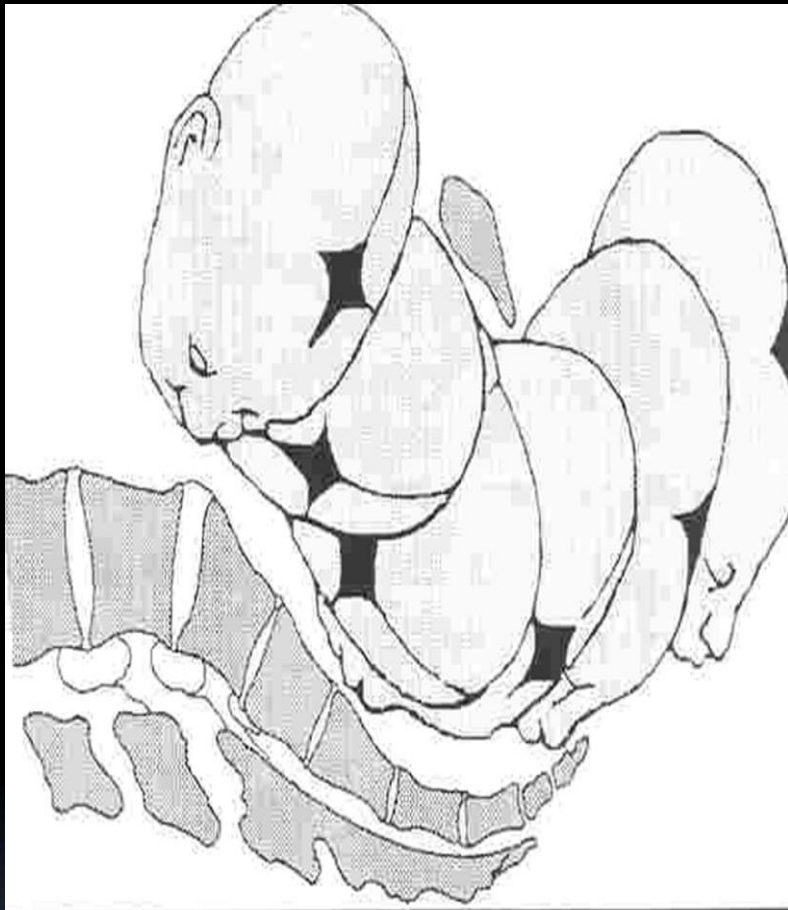


Figure 1 : progression de la tête fœtale en OIGA




Figure 2 : changements successifs de direction





# Dégagement et expulsion

- Le dégagement est l'expulsion de la tête puis du reste corps hors des voies génitales.
- 

# Dégagement et expulsion

a- Expulsion de la tête :

- déflexion de la tête :est orientée selon l'axe antéro-postérieur du détroit inférieur.
- Le sous-occiput se cale sous la symphyse pubienne qui forme un pivot autour duquel la tête va se défléchir et ainsi changer de direction.

# Dégagement et expulsion

- Le changement de direction :
  - l'axe de progression de la tête devient horizontal puis s'oriente vers le haut et vers l'avant.

# Dégagement et expulsion

- L'ogive pubienne étant formée, la tête provoque une rétro pulsion du coccyx => le Ø sous-pubo-coccygien passe de 11 à 12 cm.
- Le périnée subit une distension importante (avec risque de déchirure si on ne protège pas le périnée).

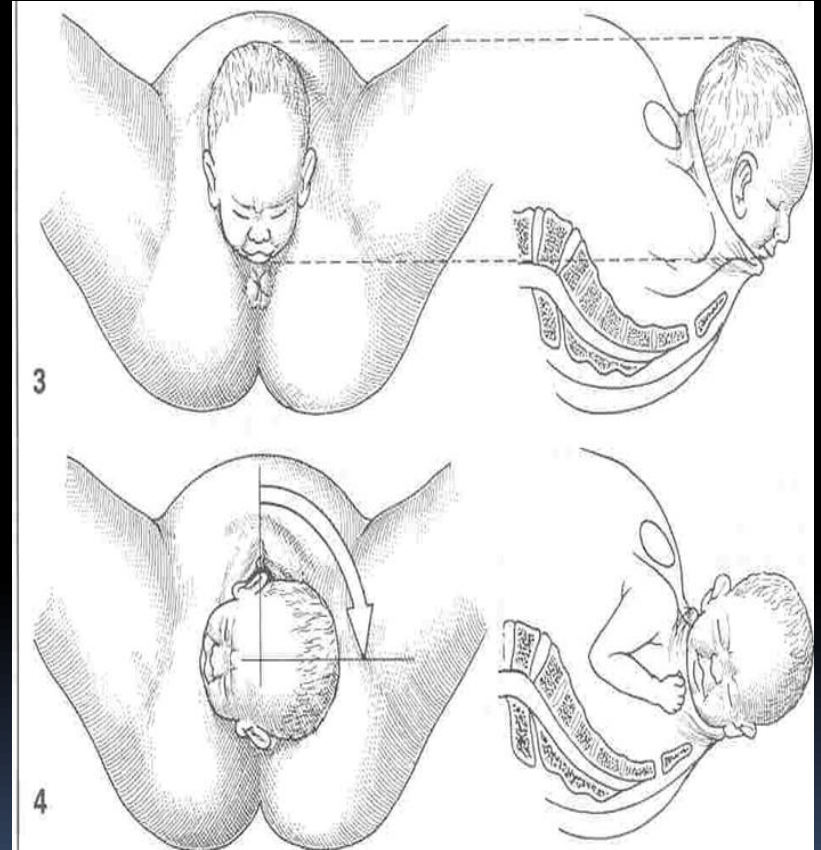
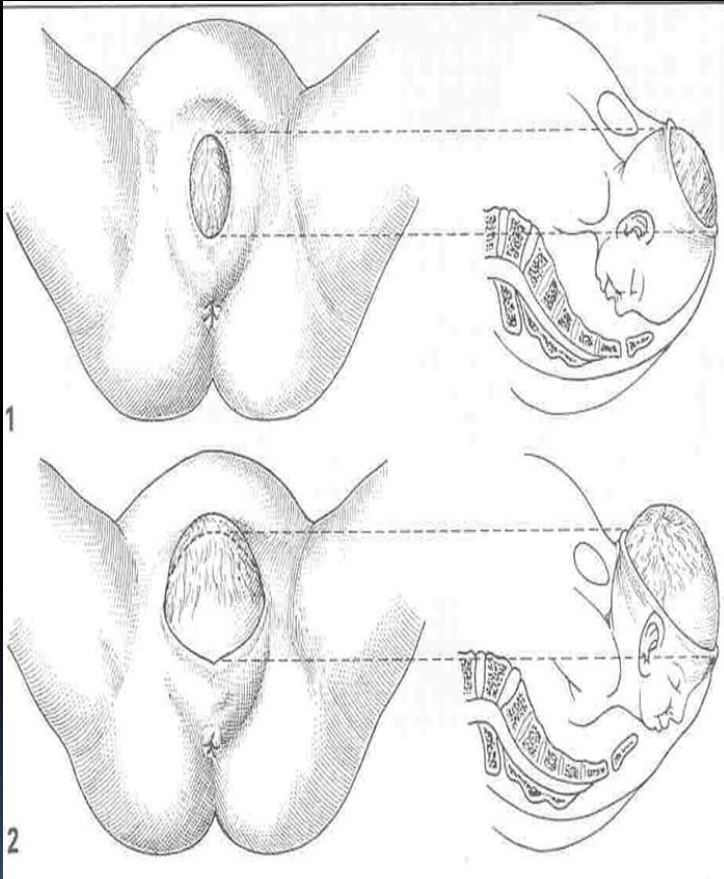
# Dégagement et expulsion

- l'ampliation du périnée.
- Sous l'effet des contractions utérines et des efforts expulsifs la présentation refoule le périnée : la fourchette vulvaire est repoussée en haut et en avant , l'orifice vulvaire devient horizontal et l'anus devient béant.

# Dégagement de la tête

- au fur et à mesure que la tête se défléchit, elle distend l'orifice vulvaire puis successivement apparaît l'occiput, le front, les arcades sourcilières, le nez , la bouche et enfin le menton.

# Dégagement

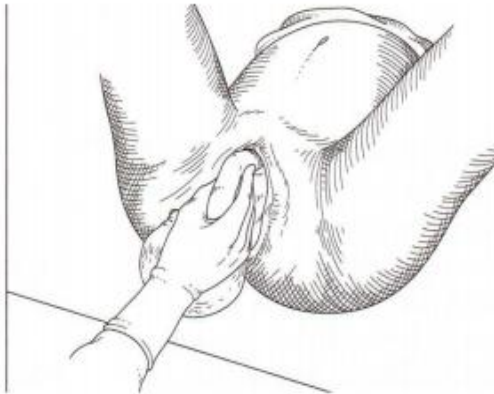
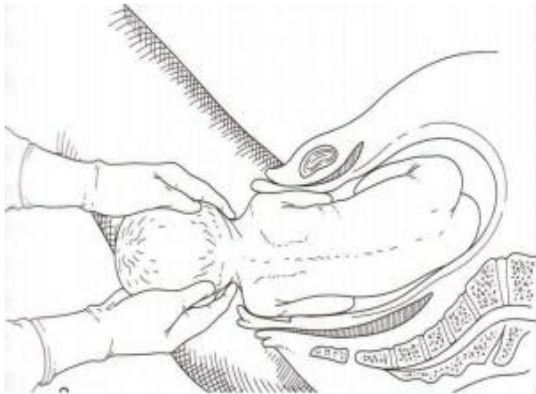


# Accouchement des épaules

- Engagement : s'engagent lorsque la tête se dégage dans un  $\emptyset$  oblique, perpendiculaire à celui où s'est engagé le sommet.
- Descente et rotation : se fait de façon synchrone. Le diamètre biacromial se place dans un  $\emptyset$  antéro-post.
- Dégagement des épaules : l'épaule antérieure bute contre la SP, les efforts de poussées entraînent une flexion latérale du tronc. L'épaule postérieure se dégage en premier.



# Accouchement des épaules



Dégagement de l'épaule antérieure  
± Couderc



Attention au périnée lors du dégagement de l'épaule postérieure

# Accouchement des épaules

## ne jamais tirer

- Épaule antérieure : rotation et traction douce vers le bas



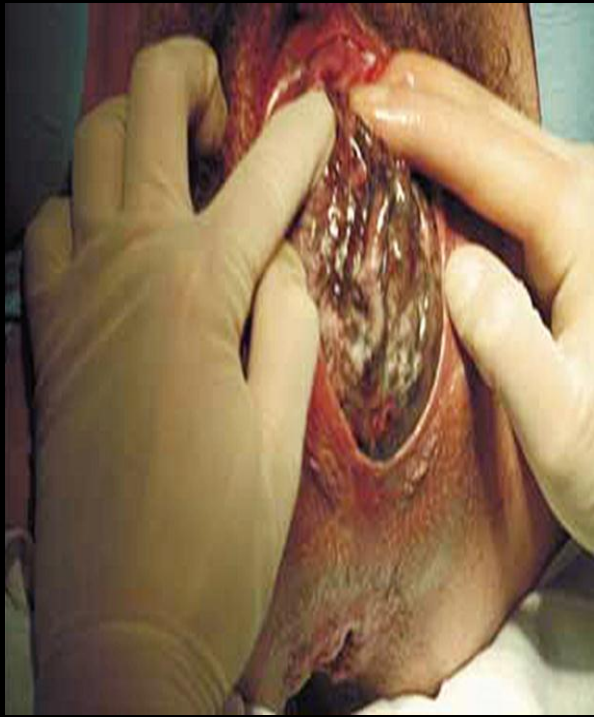
- Épaule postérieure : traction douce vers le haut ++ ; attention au périnée



# accouchement du siège


- Ne pose aucun problème, ses diamètres sont compatibles avec le bassin osseux.
- Le siège suit les mêmes mouvements de l'épaule.







# Variété postérieure

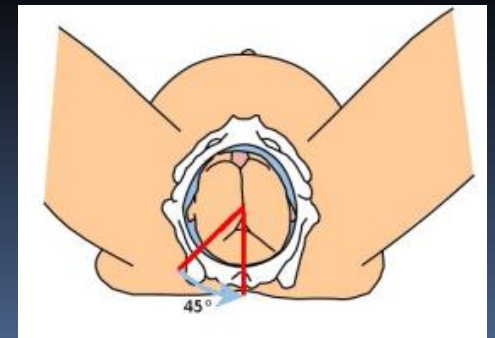
- Plus rare :
  - OIDP : 30-45%
  - OIGP : 6%
- 

# Engagement

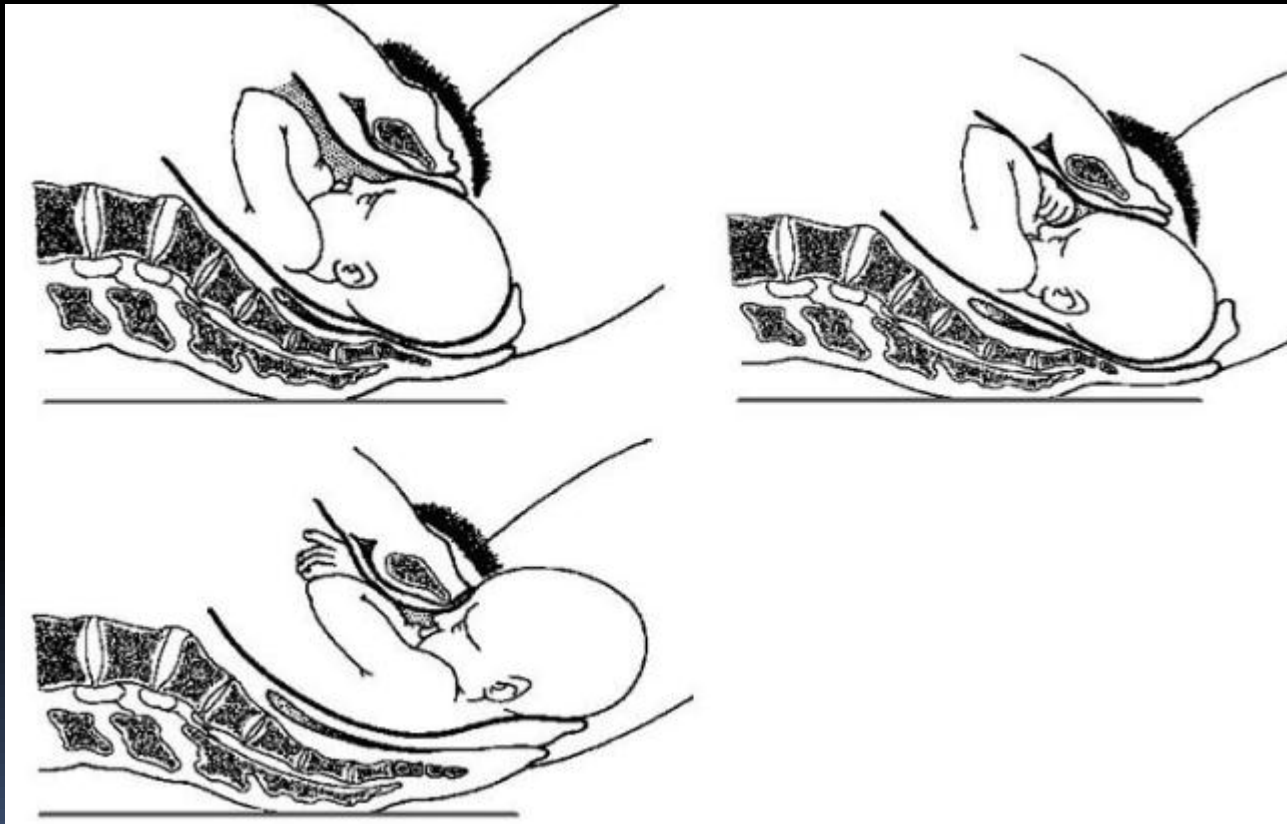
- Flexion moins marquée
  - Front bute contre la symphyse pubienne
  - Diamètre sous occipito frontal (10 – 10,5 cm) confronté au DS
  
- Accommodation foeto-pelvienne moins bonne (DFP) :
  - Dilatation traînante
  - œdème du col
  - gêne l'engagement

# Descente et rotation

- Descente lente
- Rotation plus difficile, peut se faire :
  - Vers l'avant :  $135^{\circ}$
  - Vers l'arrière :  $45^{\circ}$  → bosse séro sanguine (signe de DFP) et dystocie



# Dégagement en OS





# Dégagement

- Plus souvent en OP (95% des cas)
- Rarement en OS ; conséquences :
  - Risque périnéal : diamètre fronto-occipital (12cm) franchit la vulve
  - l'épisiotomie s'impose
- Risque foetal :
  - Retard d'expulsion → SFA
  - Extractions instrumentales → traumatisme obstétricale +++

# Conclusion

- l'accouchement en présentation de sommet est un accouchement eutocique (95%)
- la mécanique obstétricale doit être bien connue
- le travail doit être surveillé/ le partogramme
- la variété de la présentation doit être parfaitement connue