

Les présentations défléchies



Dr L.BOUHMAMA




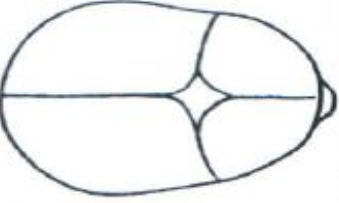
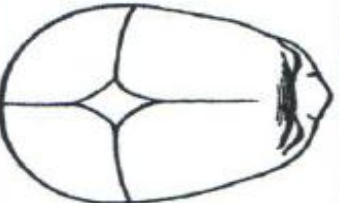
Introduction

- ∞ à l'inverse de la présentation du sommet ou l'accouchement eutocique exige une tête favorable bien fléchie sur le tronc
- ∞ dans des cas rares 1% la tête foetale se présente en déflexion plus ou moins importante donnant ce qu'on appelle les présentations céphaliques défléchies.

Introduction

- ☞ selon la classification de Berger: Pr Christian Berger
- ☞ -la face correspond à une déflexion totale 3/3
- ☞ -le front à 2/3
- ☞ - le bregma la déflexion a 1/3.

Introduction







	Bregma	Front	Face
Position fœtale	 <p>EMC</p>		
Perception au toucher vaginal			
Degré de déflexion de la tête fœtale	1/3	2/3	3/3

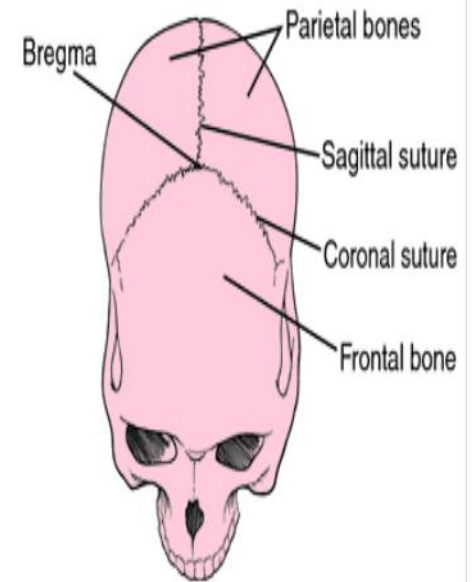
Présentation de bregma

Introduction-définition

- ∞ 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.
- ∞ Le repère de la présentation est **le front**.

Introduction-définition

	Bregma	Front	Face
Position fœtale			
Perception au toucher vaginal			



Les étiologies

∞ Maternelles :

- grande multiparité,
- utérus malformé,
- anomalies du bassin (diamètre antéro-postérieur supérieur au diamètre transverse)

Les étiologies

∞ Fœtales :

- tumeurs (goitre, lymphangiome),
- hydrocéphalie, dolichocéphalie,
- prématurité,
- retard de croissance

Les étiologies

∞ Annexielles :

- hydramnios.
- obstacle prævia,

Diagnostic

- ∞ Le diagnostic est réalisé pendant le travail.
- ∞ TV : la grande fontanelle ou bregma se situe au centre du détroit supérieur.
- ∞ Elle est palpée dans sa totalité avec ses 4 angles.

Diagnostic

- ∞ 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

∞ Diagnostic différentiel se pose avec :

- la variété de position Occipito-Sacrée (OS)
- le front.

Mécanisme obstétrical

- ∞ 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

Mécanisme obstétrical

- ∞ L'amointrissement 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.

Mécanisme obstétrical

- ∞ 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.

Mécanisme obstétrical

- ∞ 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 dégagement du nez, de la bouche et du menton.

Mécanisme obstétrical

- ∞ Cette succession de flexion puis déflexion permet de protéger un peu le périnée particulièrement exposé dans cette présentation.
- ∞ Le dégagement en fronto-postérieur est exceptionnel.

dégagement de la tête fœtale en présentation du bregma



Conduite à tenir

- ∞ Le bregma est une présentation potentiellement dystocique (40% de césarienne, 40% d'extractions instrumentales).
- ∞ Il est important de réaliser un diagnostic précoce car l'apparition d'une bosse séro-sanguine peut la faire méconnaître.

Conduite à tenir

- ∞ La poche des eaux sera respectée le plus longtemps possible.
- ∞ La dilation est plus longue et les lésions périnéales plus fréquentes.

Présentation de front

Introduction

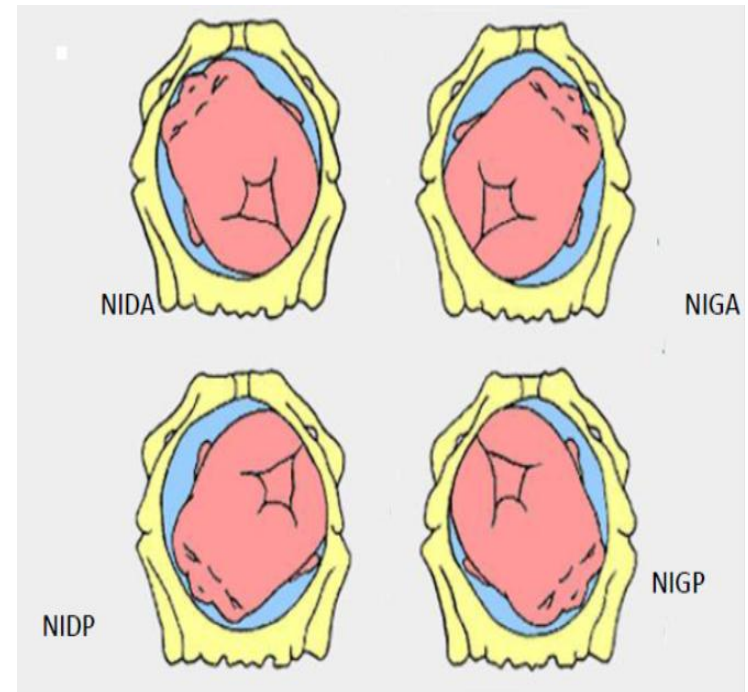
- ∞ La déflexion de la tête fœtale est partielle au 2/3.
- ∞ C'est une présentation **dystocique** nécessitant une césarienne systématique.
- ∞ Le repère de la présentation est le **nez**.
- ∞ Sa fréquence se situe entre 1,3 et 2,6 pour 1000 naissances

Introduction

- ∞ On ne parle de présentation du front que **durant le travail** avec une présentation fixée au détroit supérieur et une poche des eaux rompue.

Variétés

- ∞ le diamètre présenté au DS est le syncipito-mentonier (13.5 cm).
- ∞ **Au-delà des possibilités d'engagement du DS.**
- ∞ Les variétés naso-transverses sont les plus fréquentes (NIDT et NIGT) rarement (NIDP ou NIGA) et exceptionnellement (NIDA ou NIGP).

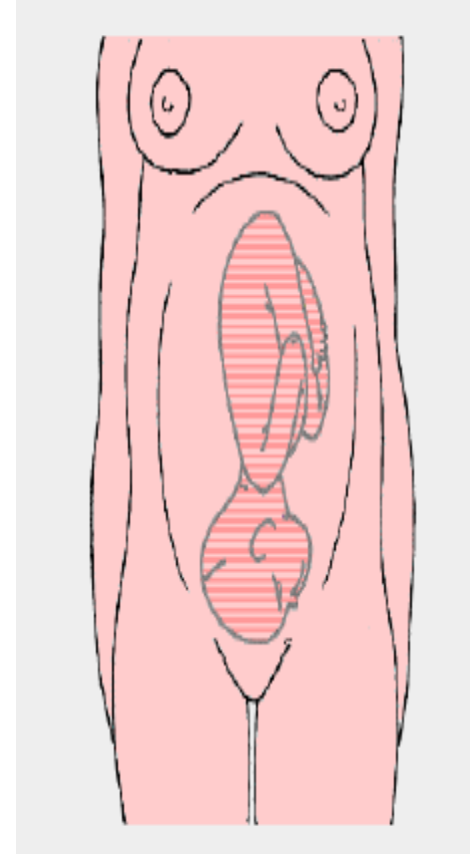


Les étiologies

- ∞ Les étiologies maternelles sont les mêmes que pour la présentation du bregma

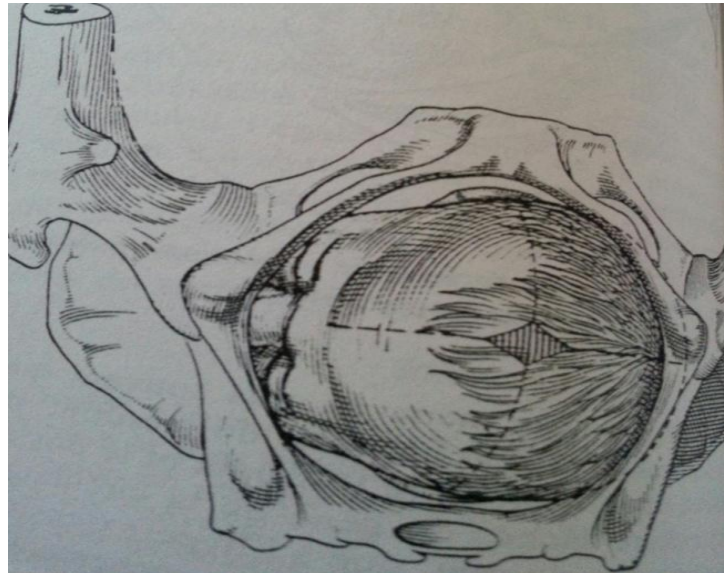
Diagnostic

- ∞ l'inspection : présentation verticale
- ∞ palpation : haute peu mobile, saillie arrondie de l'occiput séparée du plan du dos par un sillon (coup de hache) .
- ∞ auscultation : le foyer des BCF est audible au dessus de l'ombilic.



Diagnostic

- ☞ Au toucher vaginal :
- ☞ 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.**

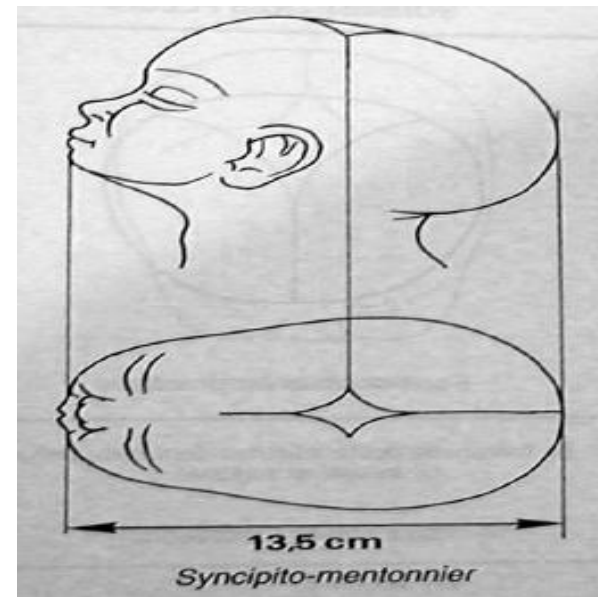
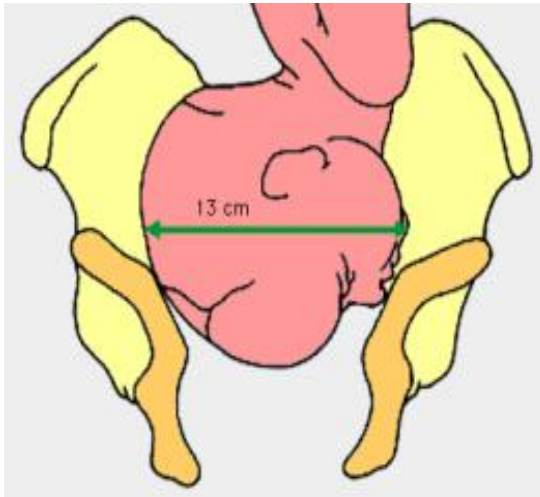


Diagnostic

- ∞ Les examens complémentaires
- ∞ La radiographie du contenu utérin et échographie permettent de:
 - Préciser la présentation en visualisant la déflexion de la tête et de l'augmentation de la lordose cervicale
 - Eliminer une anomalie fœtale

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).

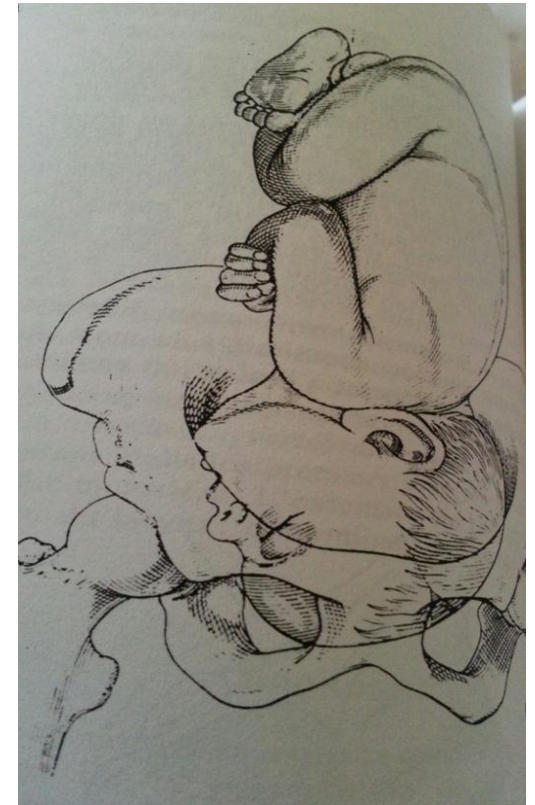


La mécanique obstétricale

- ∞ Ce diamètre est **supérieur** aux diamètres d'engagement d'un bassin normal.
- ∞ Les présentations naso-transverses sont les plus fréquentes. Les variétés naso-postérieures sont exceptionnelles et les variétés naso-antérieures rares.

La mécanique obstétricale

- ∞ 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 foetal.



Conduite à tenir

Front



Conduite à tenir

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

- **Complications fœtales**

- Souffrance fœtale avec risque d' :

- Embarrure frontale
- Hématome extra dural

- Mort fœtale

- **Complications maternelles**

- Rupture utérine

- Mort maternelle.

Gestes à ne pas faire

- ✎ si les membranes sont intactes ne pas faire de manœuvre cherchant à transformer la présentation du front en sommet ou en face
- => risque de rupture des membranes et de procidence du cordon.

Les présentations transversales et obliques

Définition

- ∞ On parle de présentation transversale ou oblique quand l'axe du fœtus et du bassin sont perpendiculaires
- ∞ Ces présentations sont rares, elles représentent 0,2 à 0,3% des accouchements.

Définition

∞ Les repères de ces présentations sont l'épaule (ou **acromion**) et le dos.

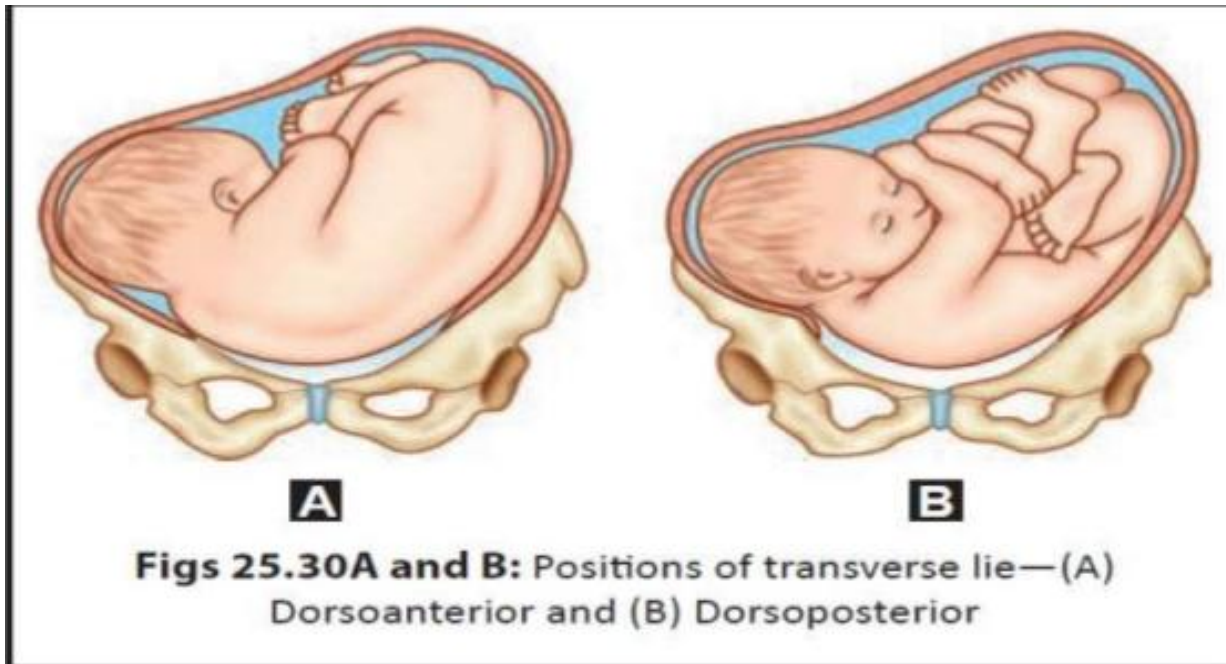
Variétés :

- Epaule droite dorso- antérieure
- Epaule gauche dorso-antérieure
- Epaule droite dorso-postérieure
- Epaule gauche dorso-postérieure

Définition

→ Les présentations transverses :

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



Définition

→ Les présentations obliques :

- Le siège du fœtus siège dans l'une des deux fosses iliaques
- Le flanc du fœtus est en regard du DS



Les étiologies

- ∞ Il s'agit d'un défaut d'accommodation.
- ∞ La cause principale est la grande multiparité par relâchement des parois utérines et de la paroi abdominale.

- ∞ Les autres causes sont :
 - Obstacle prævia : placenta ou fibrome
 - Grossesse gémellaire,
 - Malformations fœtales dont anencéphalie et hydrocéphalie,
 - Hydramnios,
 - Grande prématurité,
 - Disproportions foeto-pelviennes,
 - Utérus malformé ou déformé par un fibrome

Diagnostic

∞ Examen abdominal :

- L'utérus présente un grand axe transversal.
- La hauteur utérine est inférieure à la normale pour le terme.
- La palpation des pôles supérieur et inférieur de l'utérus ne retrouve ni la tête ni le siège
- La tête est retrouvée dans un des flancs maternels, le siège dans l'autre flanc.

Diagnostic

- ∞ Auscultation :
- ∞ Les bruits du cœur sont retrouvés dans la région sous-ombilicale

Diagnostic

∞ Toucher vaginal

- Pendant la grossesse : l'excavation est vide.
- Pendant le travail avec membranes intactes :
 - Poche des eaux volumineuse saillante,
 - La recherche des repères fœtaux manque de précision.

Diagnostic

- Pendant le travail avec membranes rompues :
 - Perception du moignon de l'épaule et sa pyramide osseuse : l'acromion
 - Perception du creux axillaire dont le fond est dans la direction de la tête fœtale:
 - Dans certains cas le membre supérieur pend dans l'excavation et peut apparaître à la vulve

L'échographie

- ∞ L'échographie confirme la position de la tête fœtale mais elle permet surtout la recherche de l'étiologie, les signes cliniques étant suffisamment évocateurs pour le diagnostic de la présentation.

Conduite à tenir

- ∞ **Version si :**
 - Fœtus mobile
 - Bassin normal
 - Pas d'obstacle prævia
- ∞ Version ME: Membranes intactes
- ∞ Version MI: 2^{ème} jumeau
- ∞ **Césarienne**

L'épaule négligée

- ∞ L'épaule négligée ne se voit que chez les femmes amenées en urgence dans cette situation. Il s'agit d'épaule méconnue.
- ∞ 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.

L'épaule négligée

