



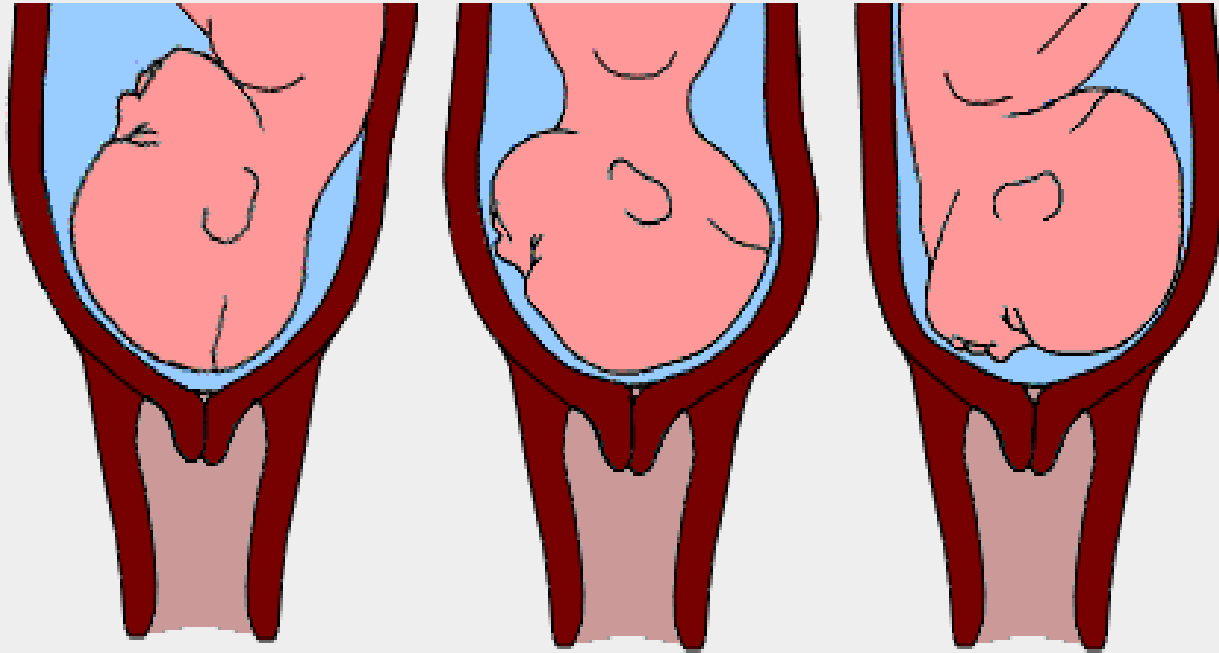
Les présentations défléchies

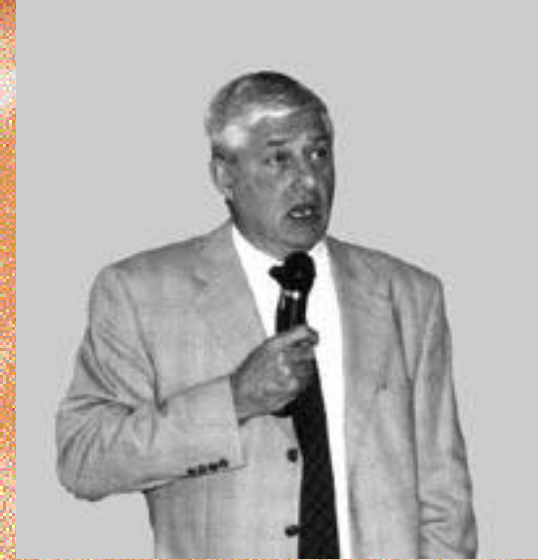
**Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant**

I-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.








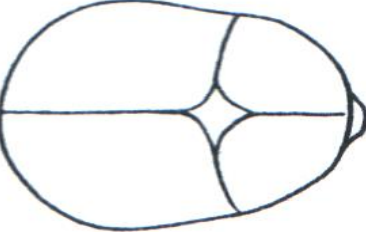
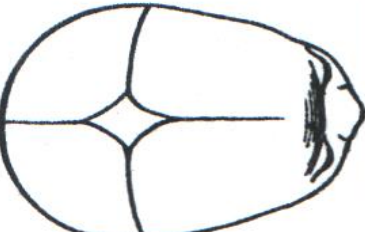
pr Christian Berger

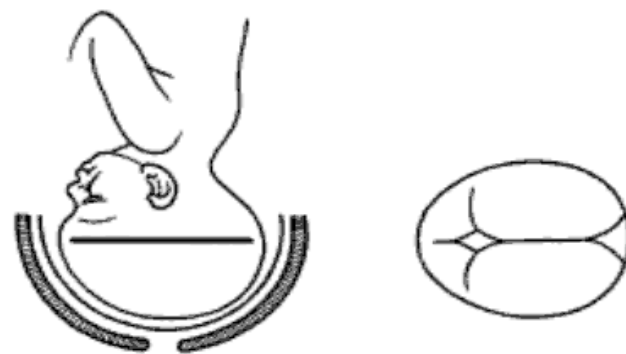
I-Introduction :

-selon la classification de Berger:

- la face correspond à une déflexion totale $3/3$
- le front à $2/3$
- le bregma la déflexion a $1/3$.

Tableau I. – Différentes présentations en déflexion de la tête fœtale.

	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



Tête en position indifférente

TRAVAIL

FLEXION

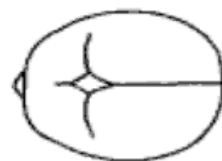
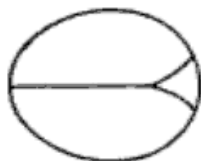
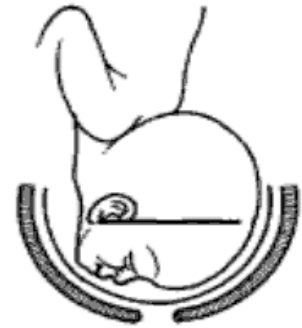
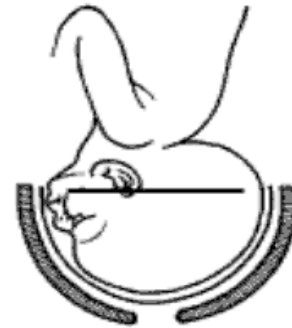
DÉFLEXION

SOMMET

BREGMA

FRONT

FACE



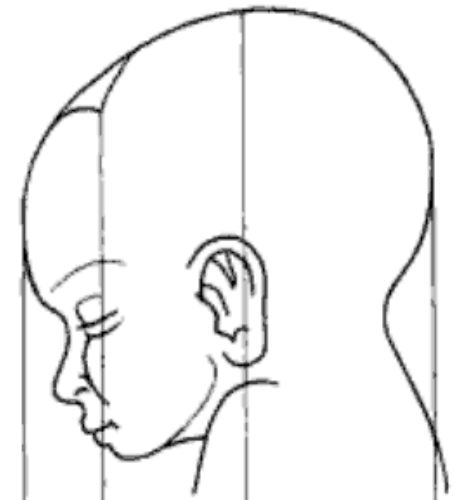
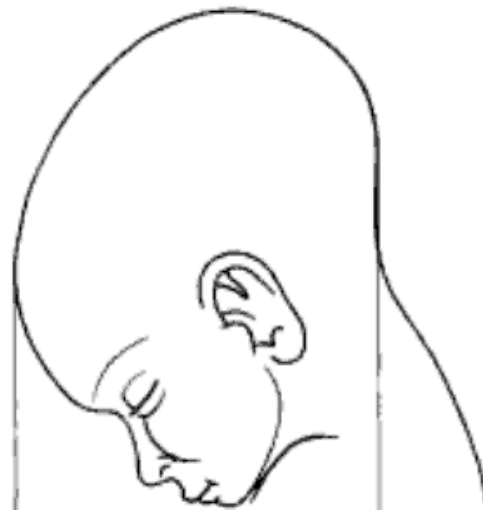
a

b

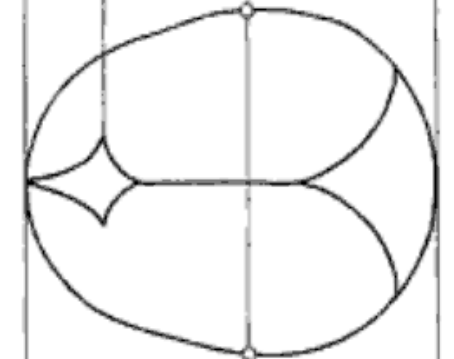
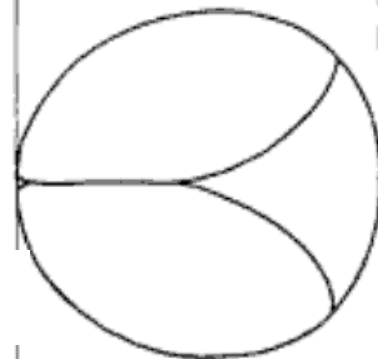
SOMMET

SOMMET MAL FLÉCHI

Position de la tête ►



Diamètre d'engagement ►



9,5 cm

11 cm

Sous-occipito-bregmatique

Sous-occipito frontal



II- la présentation de la face :

II- la présentation de la face :

1-définition :

c'est une présentation **céphalique** en déflexion **maximale** ; amenant l'occiput contre le plan du dos.

Et la face pénètre la première en totalité dans le DS.

-le menton est le repère pour la variété de position.

-le pronostic de cette présentation est moins favorable que celui du sommet.

II- la présentation de la face :

2- variétés de position :

le repère est le menton ;

-les variétés antérieures ou mento-pubienne : sont les plus fréquentes **65%** qui sont :

Mento-iliaque gauche antérieur (MIGA)

Mento-iliaque droite antérieur (MIDA)

II- la présentation de la face :

2- variétés de position :

-les variétés postérieures ou mento-sacrées **26%**

Mento-iliaque droite postérieures (MIDP)

Mento-iliaque gauche postérieures (MIGP)

II- la présentation de la face :

2- variétés de position :

-variétés transverses : 9%

Mento-iliaque gauche transverse

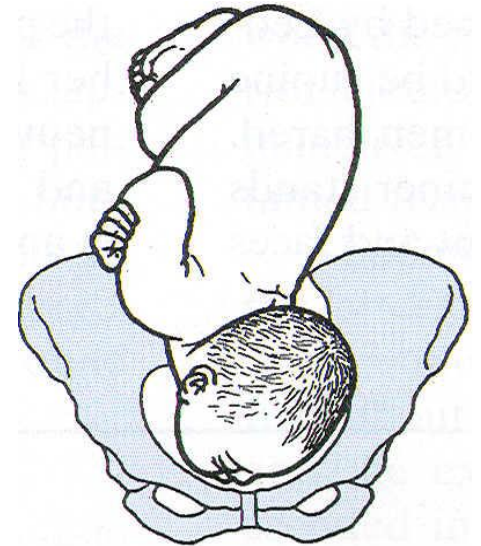
Mento-iliaque droite transverse.



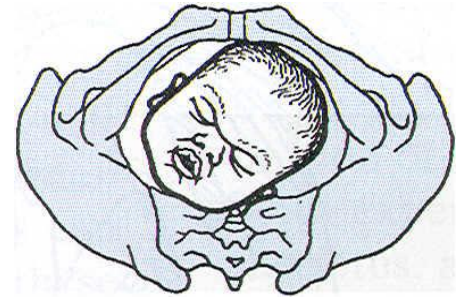
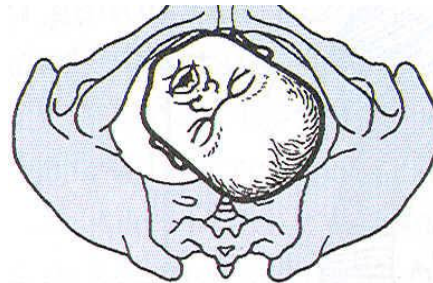
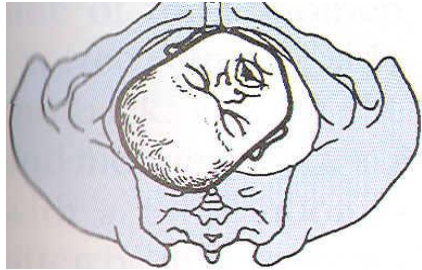
MIGA

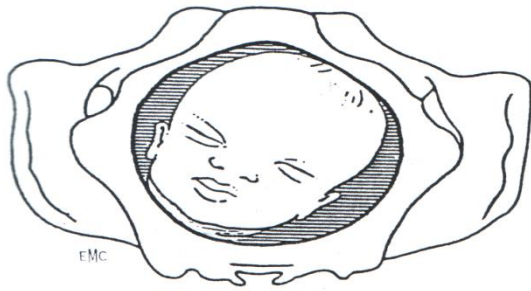


MIDA



MIDP

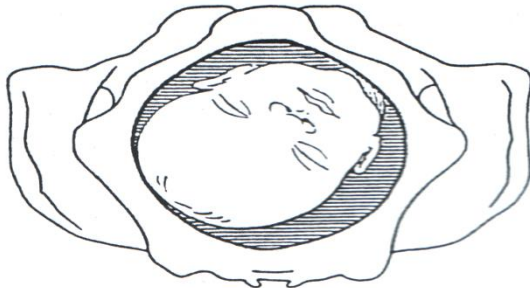




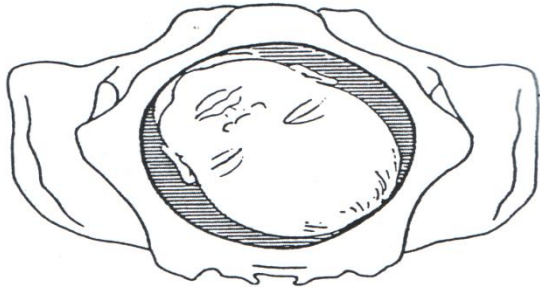
A



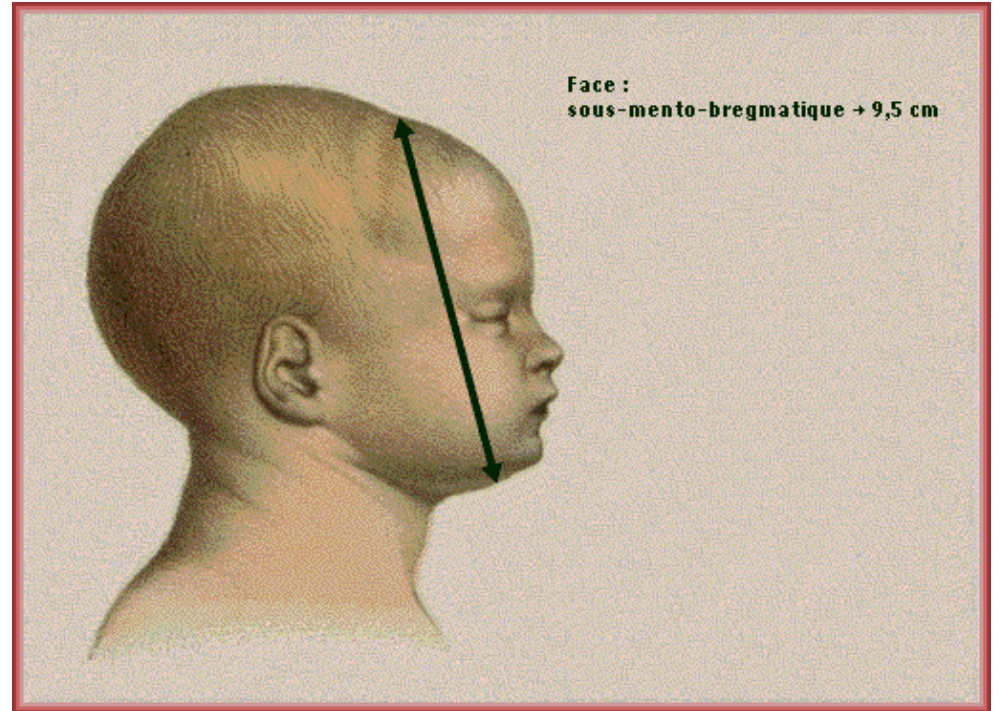
B



C



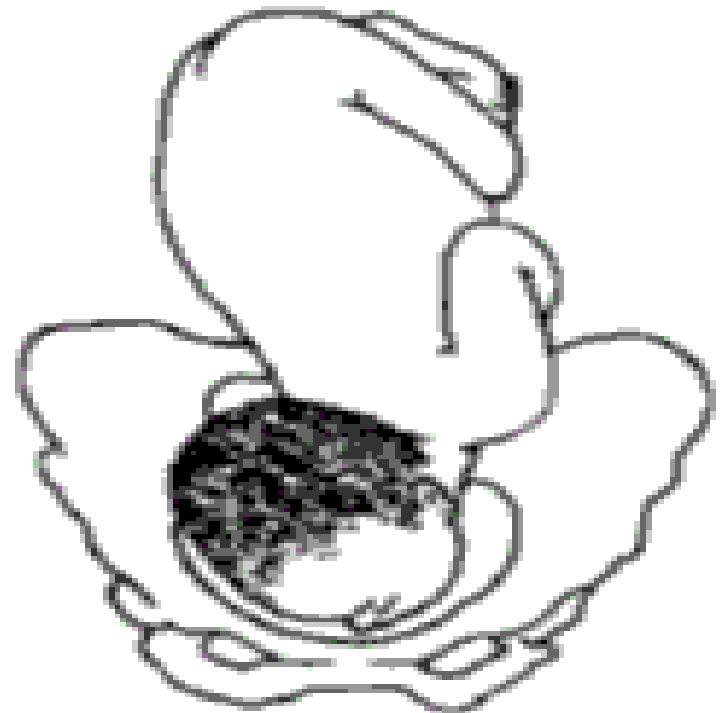
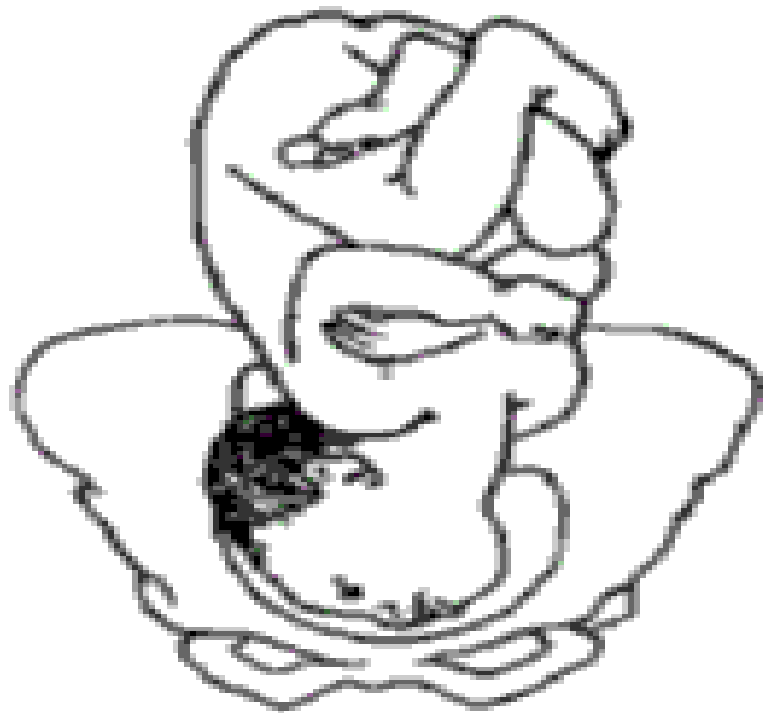
D



Face :
sous-mento-bregmatique + 9,5 cm

Les différentes variétés de présentation de la face (d'après P Magnin. L'accouchement normal et pathologique. Paris : Baillière et fils, 1962).

- A. Mento-iliaque droite postérieure (MIDP)
- B. Mento-iliaque gauche postérieure (MIGP)
- C. Mento-iliaque gauche antérieure (MIGA)
- D. Mento-iliaque droite antérieure (MIDA).



**A. mento-iliaque gauche
antérieure (MIGA)**

**B. mento-iliaque gauche
postérieure (MIGP)**

II- la présentation de la face :

3- étiologies :

dans 50% des cas aucune explication ne peut être avancée.

En parle des facteurs favorisants

II- la présentation de la face :

3- étiologies :

- Facteurs favorisants maternels :
 - la grande multipare.
 - bassin rétréci
 - déformation du contenu utérin par un fibrome ou tumeur pelvienne.

II- la présentation de la face :

3- étiologies :

B- Facteurs fœtaux :

- Excès du volume fœtal.
- Dolichocéphalie.
- Tumeurs cervicale (goitre, tumeur thymique).
- Certaines malformations (spinabifida du cou).

II- la présentation de la face :

3- étiologies :

- Facteurs ovulaires : cause d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne:
 - hydramnios
 - placenta prævia.
 - anomalies du cordon ombilical : cordon court ou circulaire.

II- la présentation de la face :

4- Diagnostic :

se fait au cours du travail.

• Examen clinique :

-inspection : utérus est développé longitudinalement.

-palpation : la tête fœtale se trouve entre les deux omoplates constituant avec le plan du dos une dépression profonde correspond a la nuque. *Le classique « coup de hache »*

-auscultation : le foyer des BCF se trouve en para ombilical est du coté opposé du plan du dos.

II- la présentation de la face :

4- Diagnostic :

•Examen clinique :

-TV : présentation élevée ;

- le diagnostique est difficile: (c'est un touché vaginal atraumatique car risque oculaire)

-plus fiable que la dilatation est avancée ,

- à travers les membranes qui doivent être respecter jusqu'à la fin du travail ,

II- la présentation de la face :

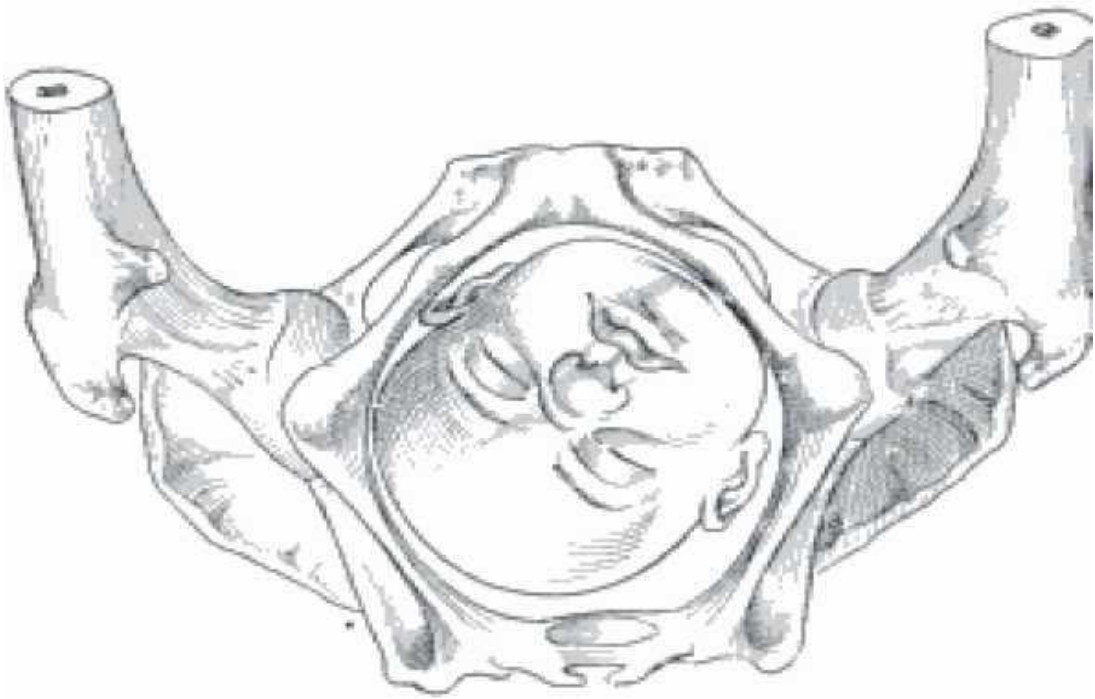
4- Diagnostic :

•Examen clinique :

-met en évidence d'un coté :

- le front reconnaissable à la suture métopique
- puis les saillies des arcades orbitaires
- puis la proéminence du nez au centre de la présentation
- suivie de dépression de la bouche ,
- la mâchoire inférieure

-et surtout du coté opposée la saillie du menton : **(repère de la présentation)** dont la position par rapport au bassin permet de distinguer les variétés de position de la face .



II- la présentation de la face :

4- Diagnostic :

B- Examens paracliniques :

•**échographie** : aspect générale du fœtus avec par fois des malformations.

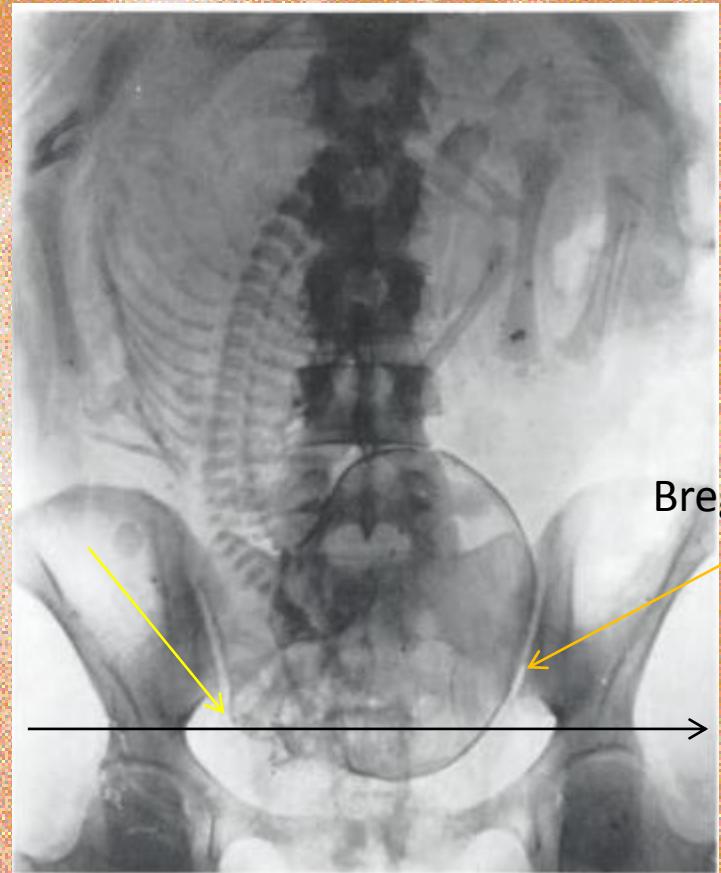
Apprécier la biométrie, quantité de liquide, insertion placentaire, vitalité.

•**radiologie du contenu utérin** : fœtus en profil strict, la déflexion est complète si la ligne horizontale passant par le menton est plus basse que celle passant par le Bregma.

•**Radiopelvimétrie** : si suspicion d'anomalie osseuse surtout chez la primipare.

radiologie du contenu utérin :

menton



Bregma

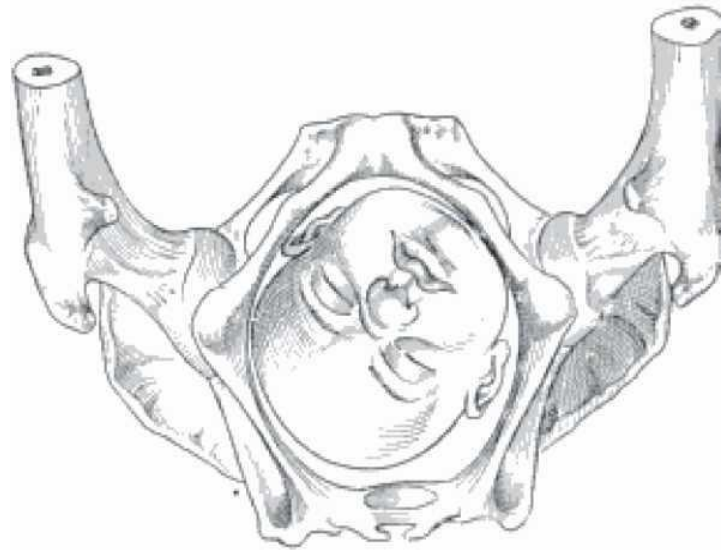
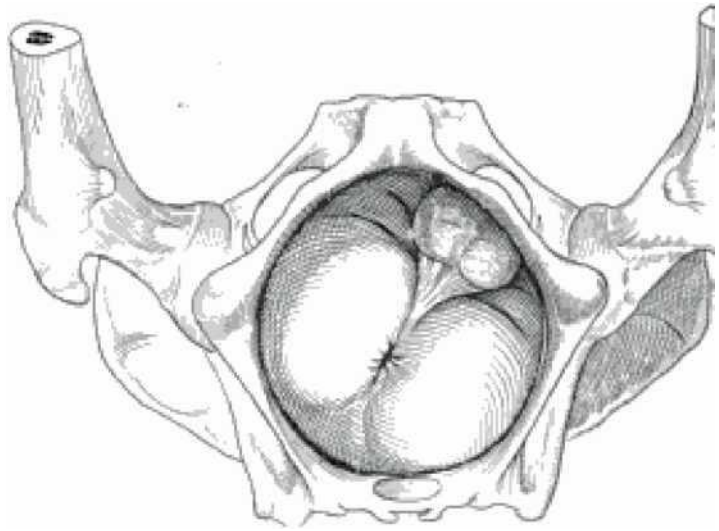
II- la présentation de la face :

5- Diagnostic différentiel :

-présentation du **siège décomplété** « mode des fesses » la bouche est confondue avec l'anus , le nez avec la saillie du sacrum ; les joues avec les fesses.

-présentation du **front** : grande fontanelle perceptible de l'autre coté, menton inaccessible.

-anencéphalie : pas de voute crânienne.



II- la présentation de la face :

6 – Mécanisme de l'accouchement :

A -Phénomène mécanique :

B- phénomènes plastiques :



II- la présentation de la face :

6 – Mécanisme de l'accouchement :

•A - Phénomène mécanique :

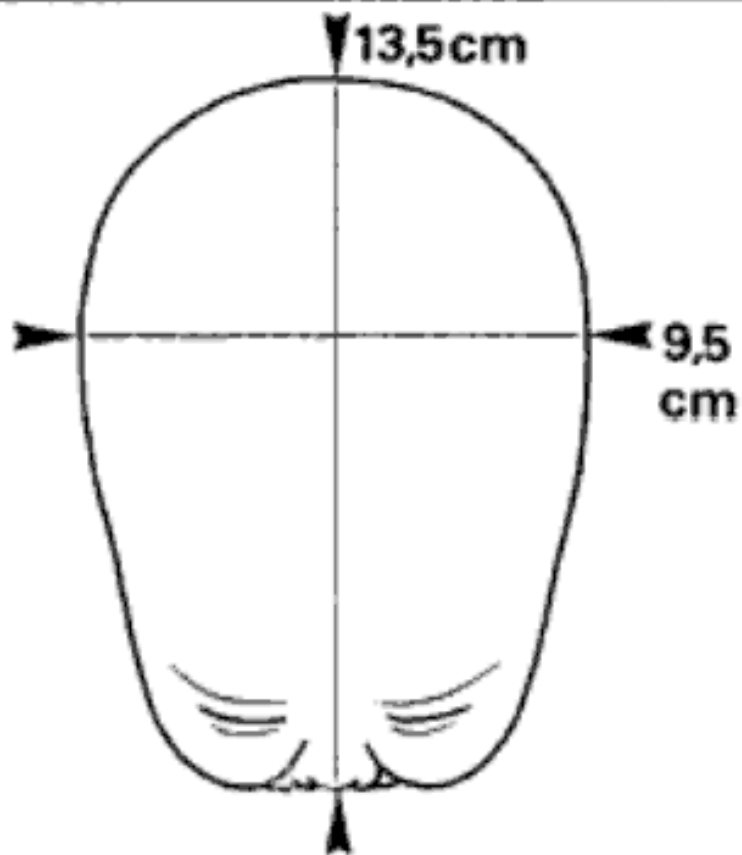
-Engagement :

-**orientation** amène le grand diamètre de la face le syncipito-mentonnier (**13.5 cm**) soit dans l'un des diamètres obliques du bassin :

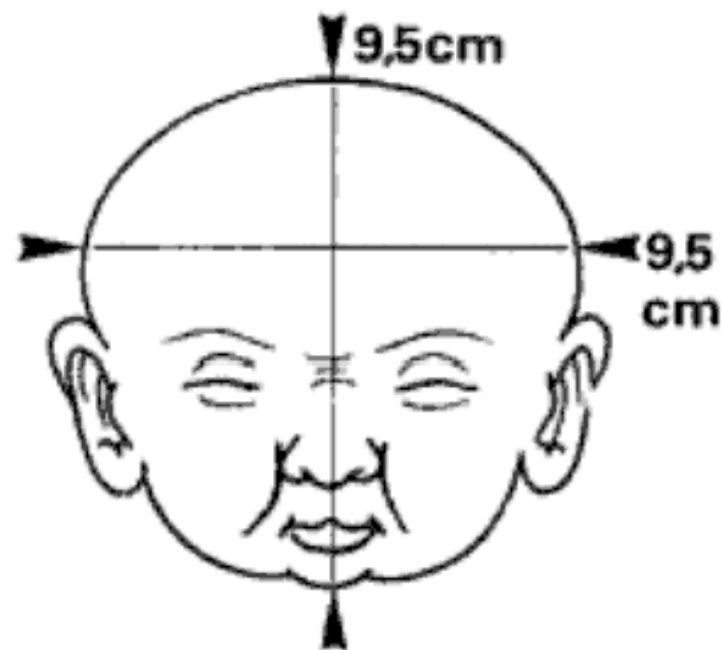
le gauche surtout donnant **la MIDP ou MIGA** .

-**amoindrissement** : complément de déflexion substituant le diamètre syncipito-mentonnier par le diamètre **sous mento-brégmatique (9.5 cm)** très favorable à l'accouchement par voie basse

ou le trachéo brégmatique de **10.5 cm**.



Syncipito mentonnier



Sous-mento-bregmatique

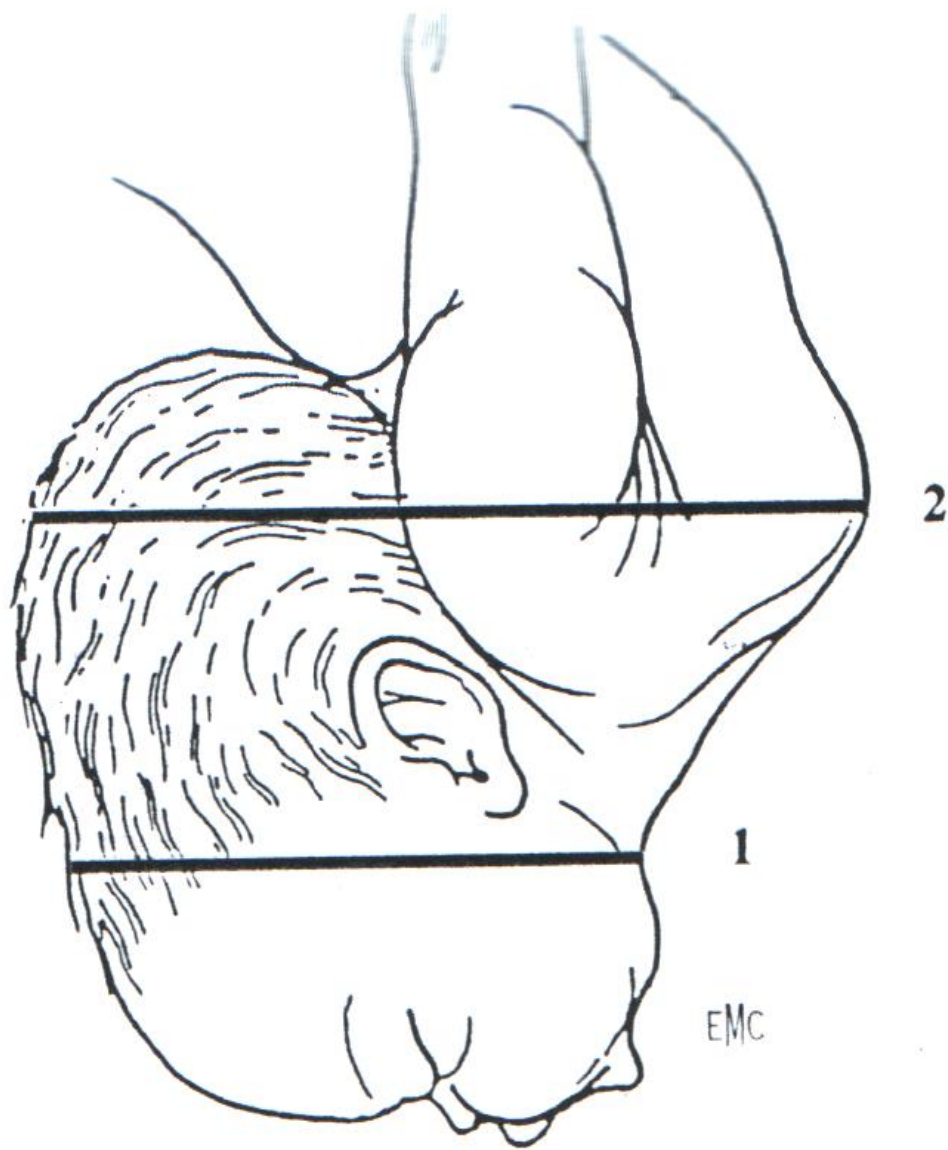
II- la présentation de la face :

6 – Mécanisme de l'accouchement :

•Phénomène mécanique :

-Engagement :

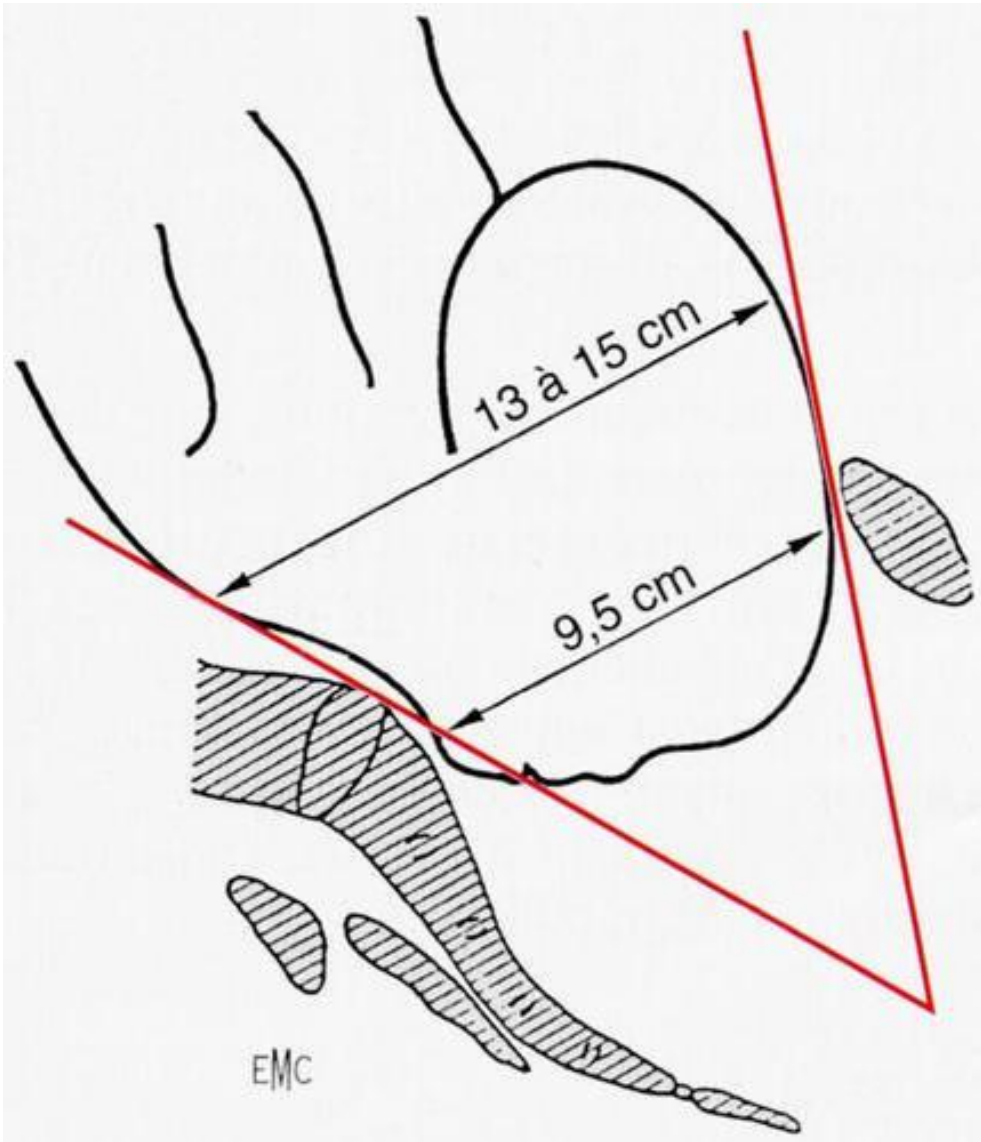
-Engagement proprement dit : l'occiput de la tête défléchie s'incrute dans le dos et après un court trajet, la solidarisation de la tête et le dos amène au DS le diamètre **syncipito_présternal** (13.5 a 15 cm) incompatible avec les diamètres du bassin.



Présentation de la face, diamètre d'engagement

1 Diamètre sous mentobregmatique = 9,5 cm

2 Diamètre présthernocéphalique = 13 à 15 cm.



II- la présentation de la face :

6 – Mécanisme de l'accouchement :

•Phénomène mécanique :

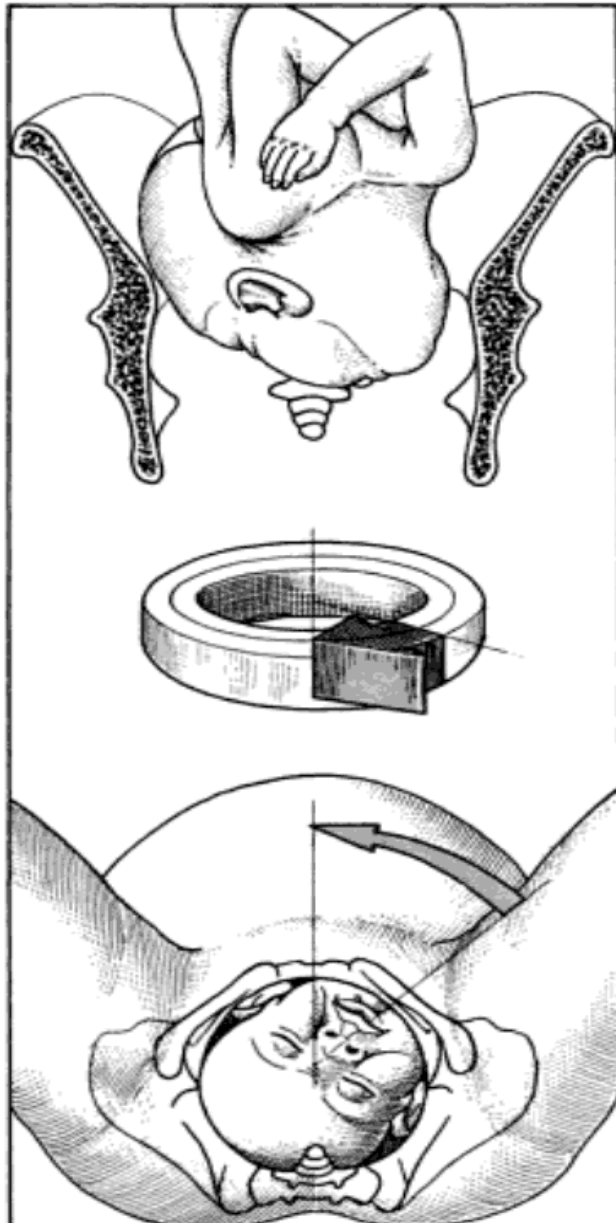
-**descente et rotation** :

la descente ne peut se poursuivre que si le menton peut **s'échapper**, permettant la désolidarisation de la tête et du dos ;

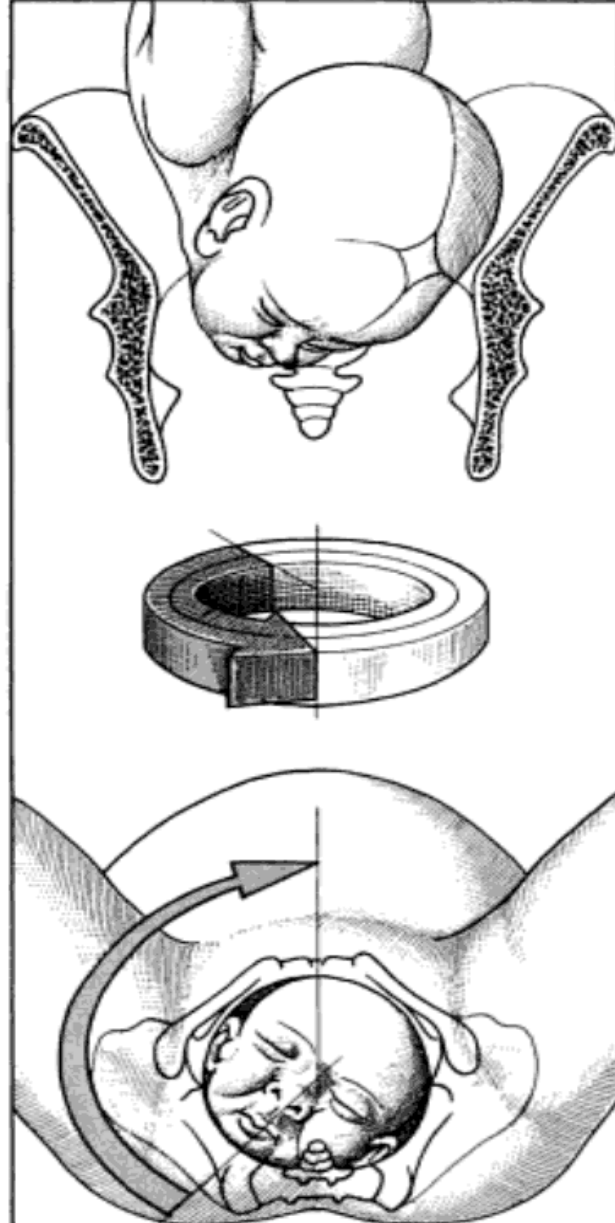
or il ne le peut ni en arrière ni latéralement donc la rotation en avant est une **nécessité absolue** .

la rotation intéresse la tête et le thorax et mesure 135° pour les variétés post et 90° pour les variétés transverse et 45° pour les variétés antérieures .

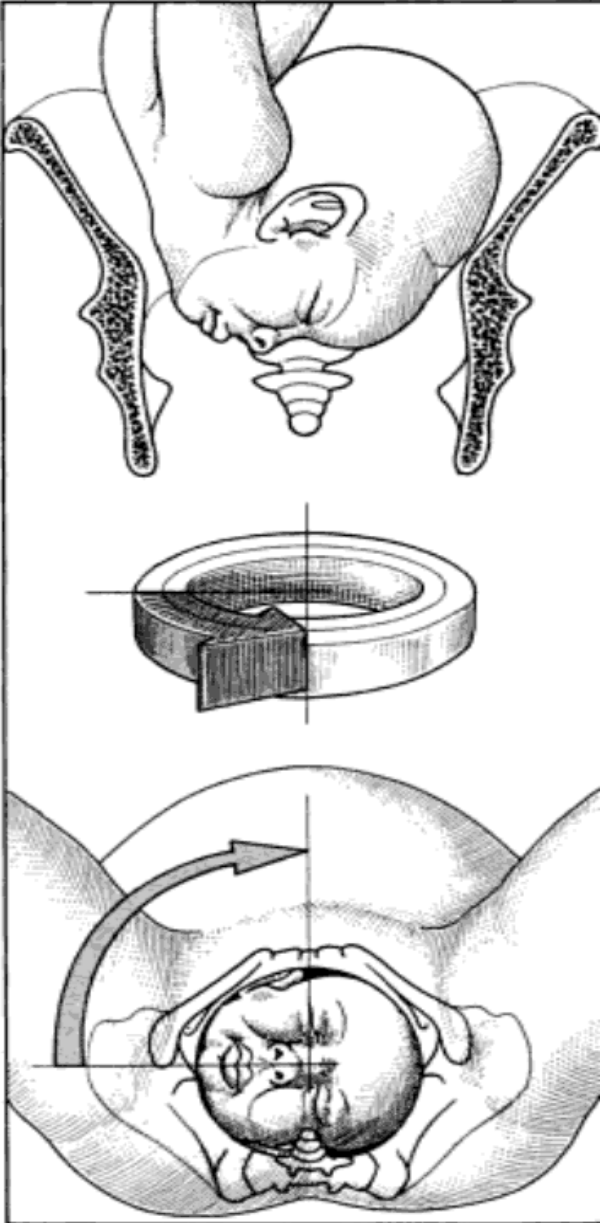
Présentation de la face en mento-iliaque gauche antérieure avec rotation en mento-pubienne.



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.



II- la présentation de la face :

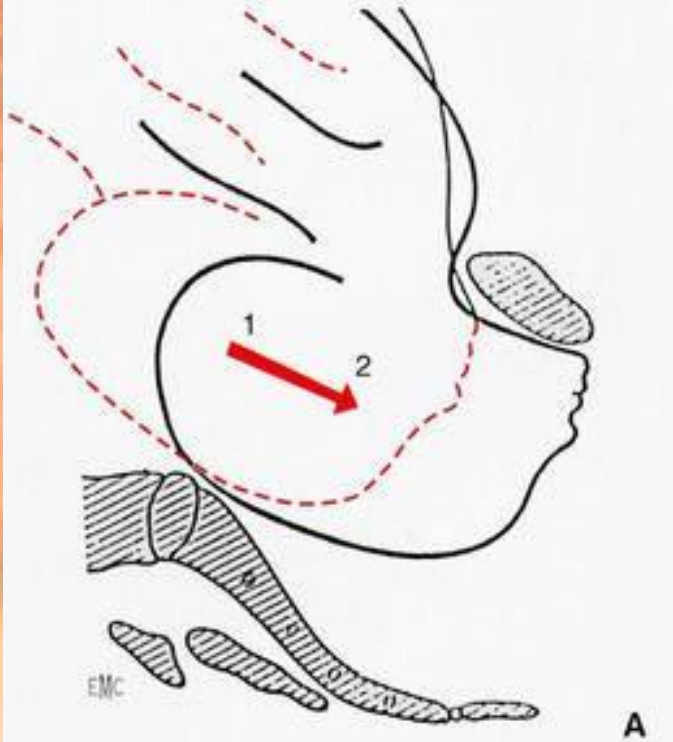
6 – Mécanisme de l'accouchement :

•Phénomène mécanique :

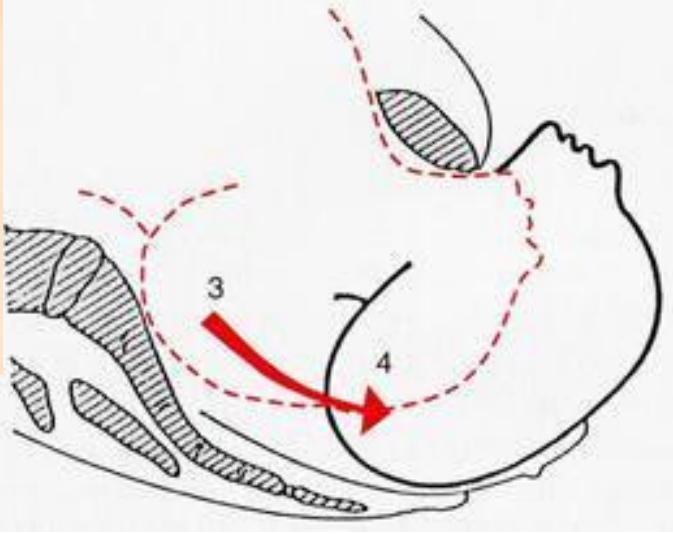
-Dégagement :

le menton se fixe sous la symphyse dont le bord inférieur servant de charnière.

la tête se fléchie et se dégage face en dessus la bouche ,le nez , le front et la voute apparaissent successivement à la vulve.

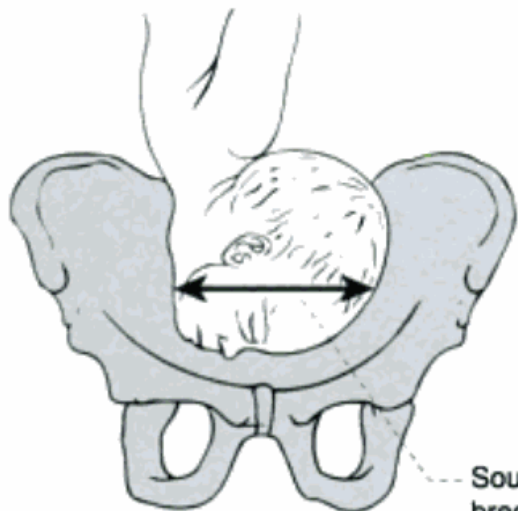


A



B

Engagement



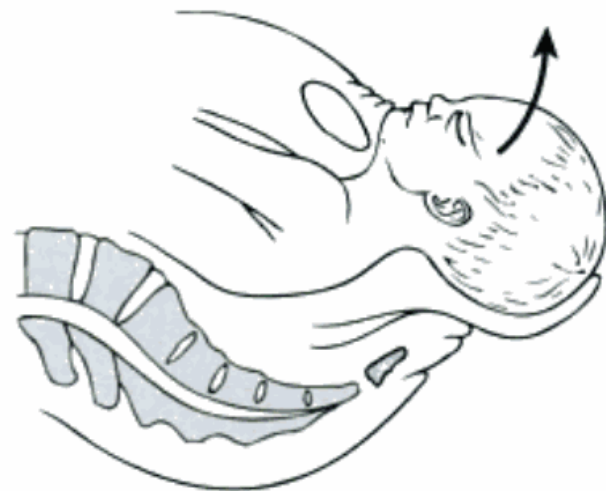
Sous-mento-bregmatique

Descente et rotation vers l'avant



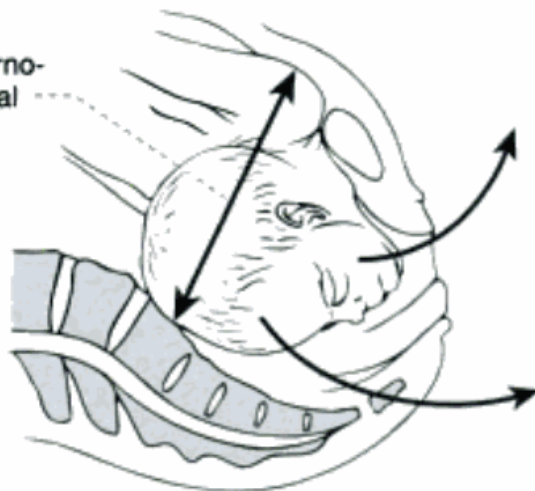
45°

Dégagement mento-antérieur

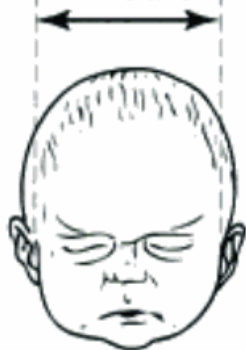


Variété mento-postérieure → enclavement

Pré-sterno-sincipital



Bi-malaire



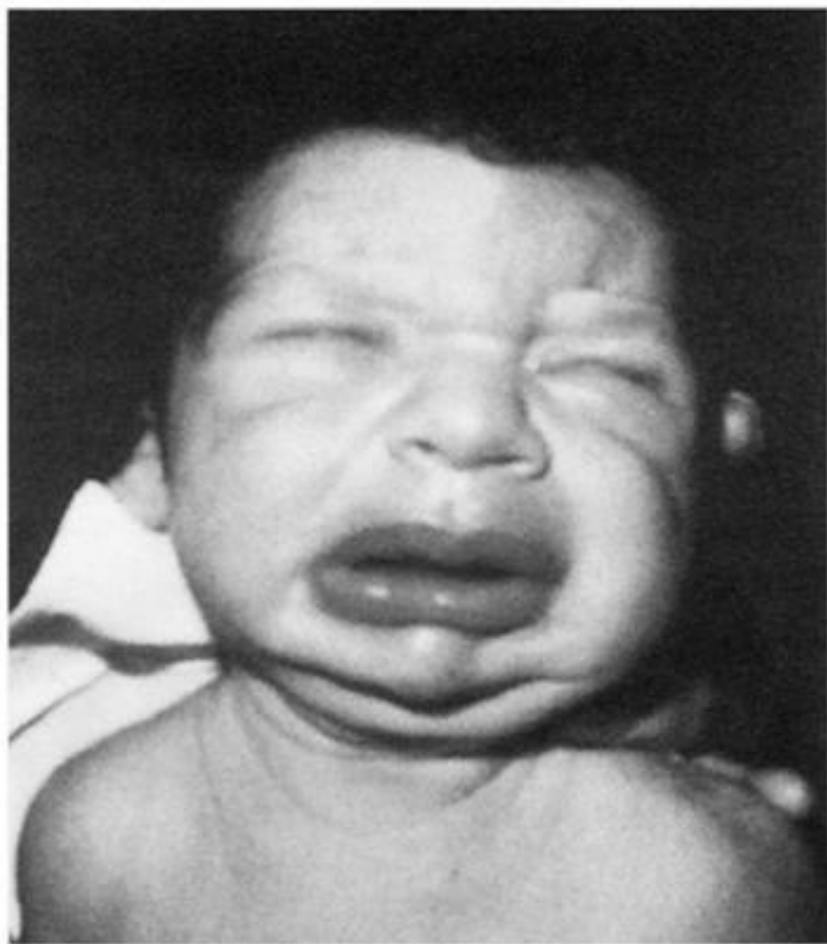
II- la présentation de la face :

6 – Mécanisme de l'accouchement :

B- phénomènes plastiques :

aspect du n né a la naissance ::

- face tuméfier, parfois siège d'une véritable bosses sérosanguine ;
- les paupières ,les joues, les lèvres sont le siège d'œdème ;des lésions ecchymotiques ou phlyctènes constituant le faciès de « Boxeur » ;
- il a l'attitude d'opistotonos ; lordose vertébrale ;
- raucité du cri .



A



B



B

II- la présentation de la face :

7- Pronostic :

- le pronostic maternel : Bon, mortalité nulle,
- le pronostic foetal : mortalité dans 33% si défaut de rotation de la tête en antérieure « c'est l'enclavement » entraînant un arrêt de progression donc la voie haute.



III- la présentation du front:

III- la présentation du front:

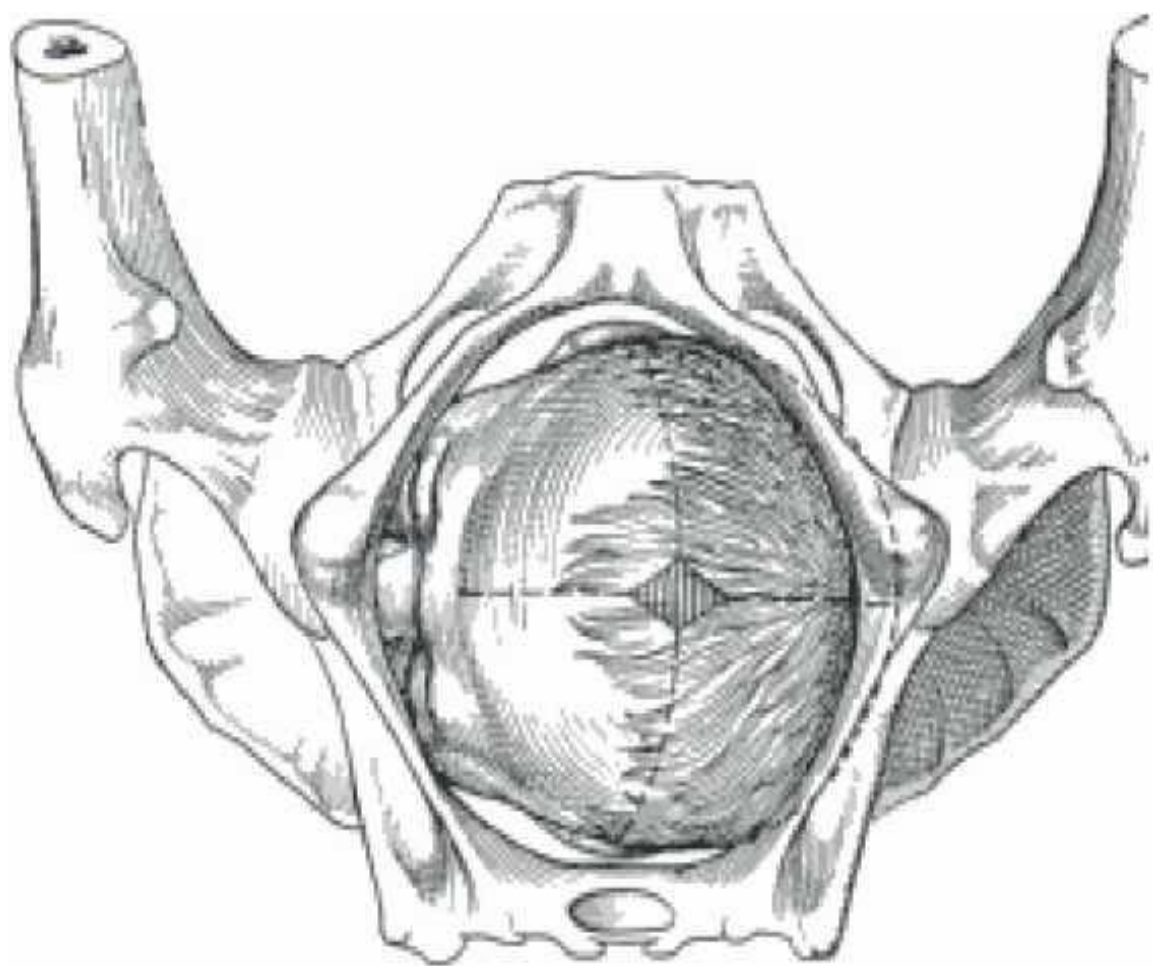
A- définition :

hautement dystocique,

la présentation du front est une présentation ou la déflexion partielle de la tête fixe de façon définitive,

on exclut les présentations intermédiaires transitoire qui se transforme en sommet ou en face.

Le repère de la présentation est le nez. C'est une présentation rare 1 pour mille.



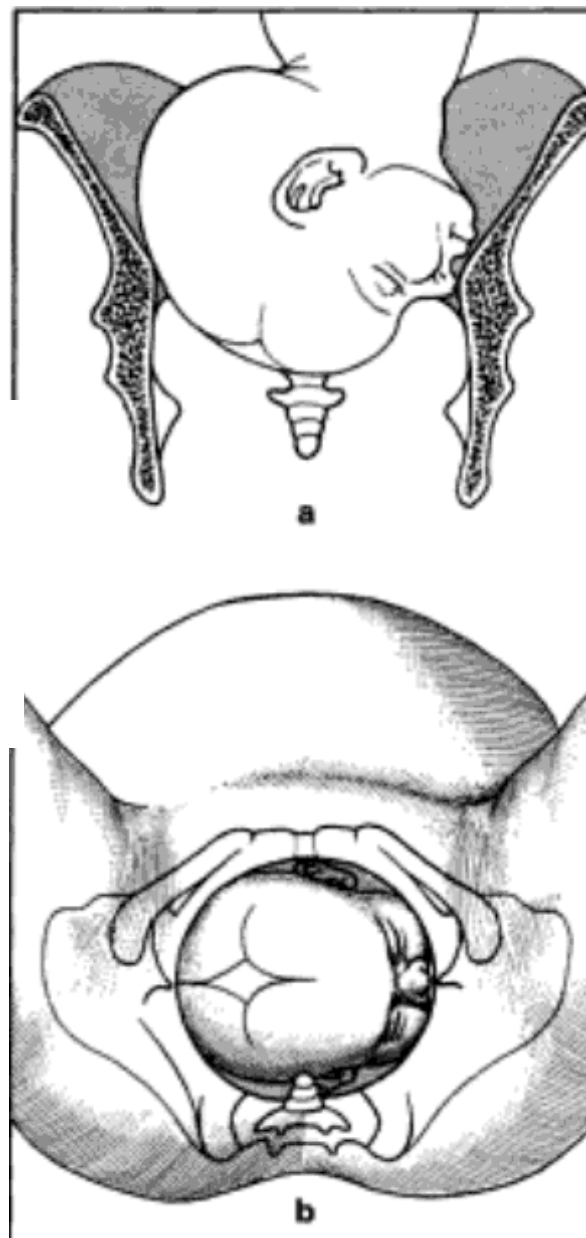
B- Variétés de position :

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).

Fig. 8.1. Présentation du front en naso-iliaque gauche transverse.
a) Coupe transversale.
b) Vue périnéale.

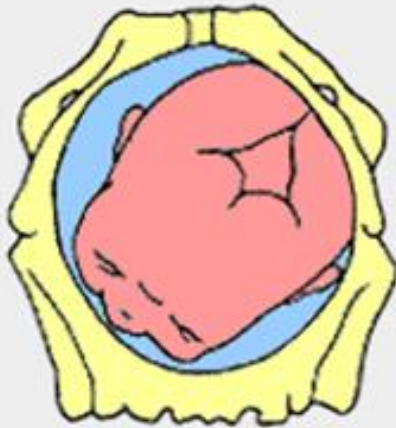




NIDA



NIGA



NIDP



NIGP

III- la présentation du front:

C-Etiologies :

A-Facteurs favorisant maternels :

- la multiparité.
- bassin rétrécis
- déformation du contenu utérin par un fibrome ou tumeur pelvienne.

III- la présentation du front:

C-Etiologies :

B- Facteurs foetaux :

- Excès du volume foetal.
- Tumeurs cervicale (goitre, tumeur thymique).
- Certaines malformations (spinabifida du cou).
- Une hypertonie des extenseurs.

III- la présentation du front:

C-Etiologies :

C-Facteurs ovulaires :

cause d'une mauvaise accommodation foeto-pelvienne.

-hydramnios

-placenta prævia.

-anomalies du cordon ombilical : cordon court ou circulaire.

-rupture prématuré des membranes.

III- la présentation du front

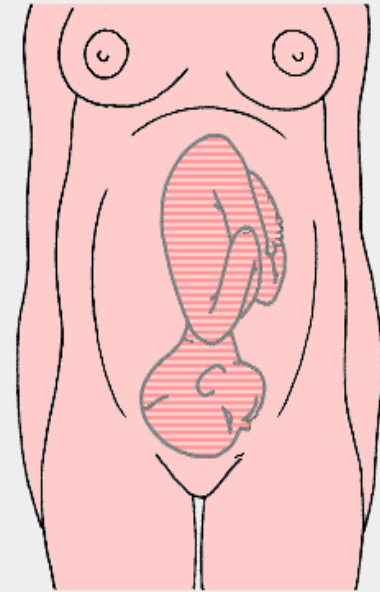
D- Diagnostic :

•Examen clinique :

a)- l'inspection : présentation verticale

b)-palpation : haute peu mobile, saillie arrondie de l'occiput séparée du plan du dos par un sillon (coup de hache) .

c)auscultation : le foyer des BCF est audible au dessus de l'ombilic.



III- la présentation du front:

D- Diagnostic :

•Examen clinique :

d) le TV : on ne peut parler de présentation du front que sur une présentation **fixée (définitive)**

le TV perçoit la racine du nez ; repère de la présentation ; saillie pyramidale ; dure de chaque côté ; les arcades sourcilières et les globes oculaires.

La grande fontanelle avec ses quatre cotés losangique;

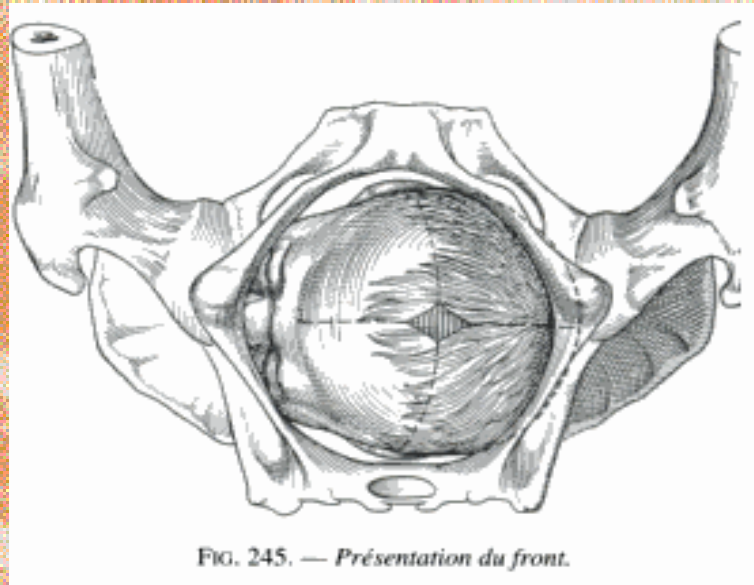


FIG. 245. — *Présentation du front.*

III- la présentation du front:

D- Diagnostic :

•Examen clinique :

le TV détermine la variété de présentation selon la position de la **racine du nez** par rapport au bassin maternel.

Deux signes négatifs sont important pour le diagnostic **différentiel** avec d'autres présentation :

ne sont pas reçue ni la petite fontanelle (sommet) ni le menton(face).

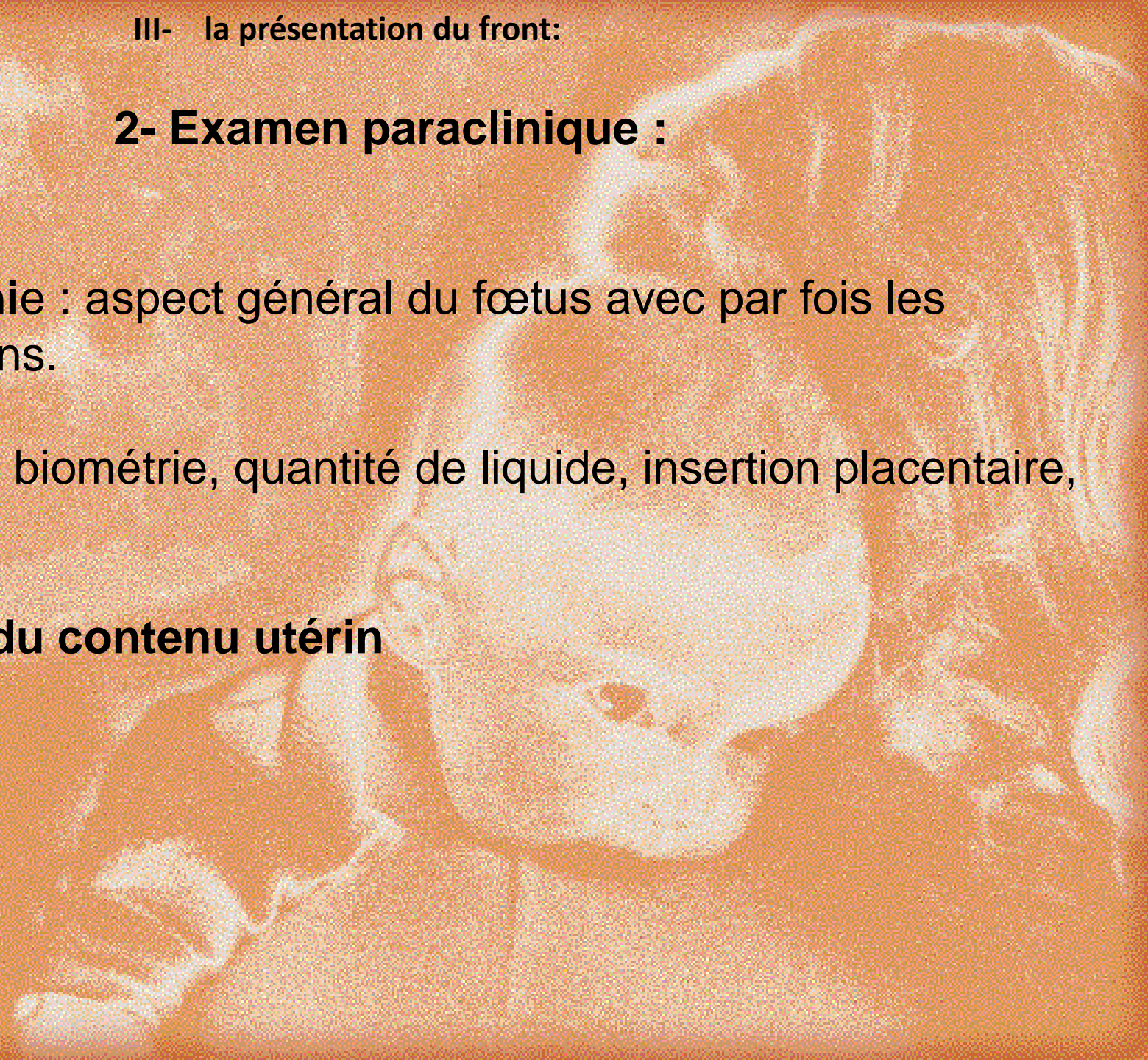
III- la présentation du front:

2- Examen paraclinique :

•**échographie** : aspect général du fœtus avec par fois les malformations.

Apprécier la biométrie, quantité de liquide, insertion placentaire, vitalité.

radiologie du contenu utérin



III- la présentation du front:

radiologie du contenu utérin

menton

bregma



III- la présentation du front:

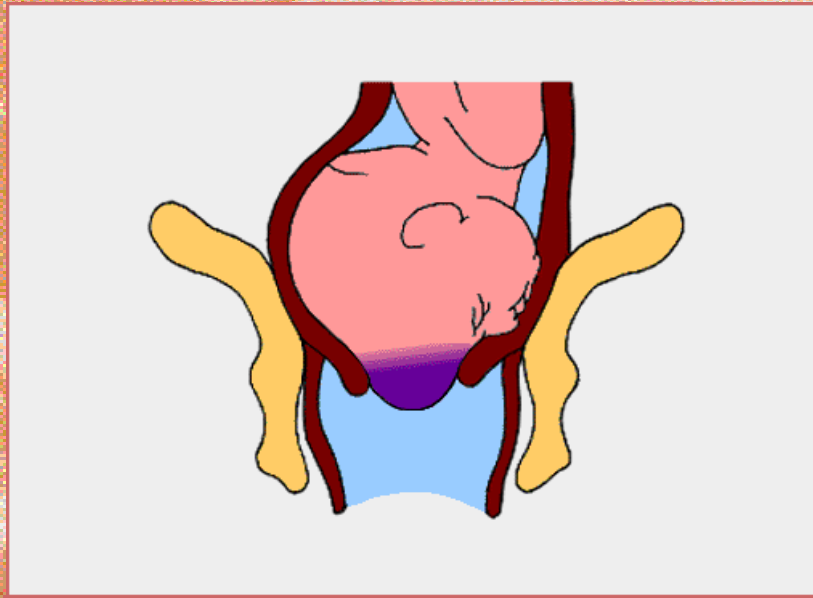
• Mécanisme de l'accouchement :

1-engagement :

la tête s'engage dans un diamètre transverse ou oblique

la tête doit **s'amoin**drir avec en particulier un chevauchement des os du crane ,

l'apparition précoce d'une bosse serosanguine est fréquente .



III- la présentation du front:

•Mécanisme de l'accouchement :

2-descente et rotation :

- dans les rares cas ou elles surviennent
- sont lentes et difficiles et amènent la tête dans une position **naso-pubienne**.

l'occiput se loge dans la concavité sacrée tandis que la face reste bloquée derrière la symphyse pubienne.

III- la présentation du front:

•Mécanisme de l'accouchement :

3-Dégagement :

il s'effectue par la fixation de la racine du nez sous la symphyse qui permet la descente puis la fixation accentuée et le dégagement de l'occiput puis la tête .

mais dans la majorité des cas (si en exclut les enfants prématurés poids <2000g .

il y a un arrêt de progression et un enclavement de la présentation .

III- la présentation du front:

•Conduite à tenir :

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).

Le diagnostic de présentation du front impose la césarienne sans délais.

III- la présentation du front:

•Conduite à tenir :

-dans le cas contraire (front négligé) l'évolution se fait vers des graves complications maternelles et fœtales :

- rupture utérine.
- souffrance fœtale aigue.
- hémorragie de la délivrance.

Pronostic des types de présentation céphalique

Présentation	Eutocie	Dystocie	Accouchement		Repère	Diamètres sagittaux
			Voie basse	Césarienne		
<i>Sommet</i>	++		⊕		Lambda (petite fontanelle)	Sous-occipito-bregmatique 9,5 cm
<i>Bregma</i>		⊕	⊕	ou ⊕	Grande fontanelle	Occipito-frontal 12 cm
<i>Front</i>		++		⊕	Racine du nez	Syncipito-mentonnier 13,5 cm
<i>Face</i>	⊕		Variété antérieure	Variété postérieure	Menton	Sous-mento bregmatique 9,5 cm

MERCI À TOUS

